

南島原市産後ケア事業利用申請書兼同意書

申請日 年 月 日

南島原市長 様

申請者 住所  
氏名 (利用者との続柄: )  
電話番号 ( )

次のとおり産後ケア事業の利用を申請します。

利用者	ふりがな		生年月日 (年齢)	年 月 日 ( 歳)		
	氏 名					
	住 所	南島原市 町 番地 (電話番号: - - )				
		里帰り先での利用 ( なし ・ あり ) 「あり」の場合 : 住所 市 町 番地 ( 様方)				
	出産医療機関名		出産日	年 月 日		
	ふりがな		在胎週数	出生体重	月 齢	
	児 氏 名 <small>(多胎児の場合全員を記入)</small>	(第 子)	週 日	g	か月	
申請理由	<input type="checkbox"/> 体調がすぐれない <input type="checkbox"/> 家族などから援助が受けられない <input type="checkbox"/> 産婦人科医等からすすめられた <input type="checkbox"/> 授乳について不安がある <input type="checkbox"/> その他 ( )					
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
同意欄	・利用者負担金は、私が直接委託事業所(者)へ支払います。 ・この申請書の内容や情報を委託事業所(者)へ提供すること及び利用者等の健康状態について委託事業所(者)が南島原市へ情報提供することに同意します。 ・母子に医療行為が必要と判断された場合、産後ケア事業が利用できなくなることを了承します。 <div style="text-align: right;">署名: _____ ㊟ (自署の場合は印不要)</div>					
	<b>(生活保護の適用を受けている場合は、記入してください。)</b> ・生活保護適用(世帯全員)の有無について、関係機関へ照会することに同意します。 <div style="text-align: right;">署名: _____ ㊟ (自署の場合は印不要)</div>					

\*マイナンバーカード(表面)の写し、運転免許証の写し又は生活保護受給証明書(原本)を添付してください。