

No. _____

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 (注1)	
児氏名 (多胎児の場合全員を記入)	(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 ()					
利用希望日・ 利用種別 (注2)	年 月 日		訪問ケア ・ デイケア(半日) ・ ショートステイ			
	または 年 月 日 ~ 年 月 日 (日)		訪問ケア ・ デイケア(半日) ・ ショートステイ			
	または 年 月 日 ~ 年 月 日 (日)		訪問ケア ・ デイケア(半日) ・ ショートステイ			
利用回数 (注3)	訪問ケア 今回は 1回目 ・2回目 ・3回目	デイケア 今回は 1回目 ・2回目 ・3回目	ショートステイ 今回は 1回目 ・2回目以降これまで 日/7日利用			
利用内容 (注4)	①母体管理、生活指導 ②乳房管理 ③沐浴、授乳等の育児指導 ④その他の保健指導 ()					
利用希望 施設	第1希望() 第2希望() * 訪問ケアを希望の場合は、記入の必要はありません。					
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。 署名: _____ 印 (自署の場合は印不要)					
	<u>(生活保護の適用を受けている場合は、記入してください。)</u> ・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。 署名: _____ 印 (自署の場合は印不要)					

注1 出産後1年を経過しない産婦や乳児が利用の対象となります。

注2 利用を希望する日を記入してください。なお、委託事業所との調整により希望日に利用できない場合がありますので、希望する期間をあわせてご記入ください。

注3 該当する回数を○で囲んでください。利用種別により回数が異なります。

注4 希望する利用内容を○で囲んでください。(複数可)

*健康保険被保険者証(保険証)の写し、もしくは南島原市生活保護診療依頼証(受領証)の写しを添付してください。