

# 中種子町産後ケア事業利用申請書兼同意書

※必要なケアが実施できるよう内容について、市町村担当者より聞き取りを行います

利用者	母（本人）	氏名		生年月日		電話番号			
		住所	(里帰り先)		(TEL)				
		母子健康手帳番号							
		出産医療機関名		退院(予定)日	年	月	日		
		緊急時連絡先	氏名		電話				
	児	児の名前		出生日	年	月	日	月齢	か月
在胎週数		週	出生体重	g	第	子			
申請者	氏名		続柄		電話番号				
	住所								
申請内容	①申請理由（複数選択可）								
	<input type="checkbox"/> 自分の体調が優れない（からだの不調） <input type="checkbox"/> 心が不安定だと感じる（心の不調） <input type="checkbox"/> 授乳や沐浴など育児について不安がある（育児の不安） <input type="checkbox"/> パートナーなど家族の支援が得られにくい <input type="checkbox"/> 出産した医療機関等から利用を勧められた <input type="checkbox"/> その他（ ）								
	②①の具体的な内容								
	③利用を希望するケアの種類、期間及び施設								
		種類	期間				施設名		
		<input type="checkbox"/> 短期入所型	年	月	日	～	年	月	日（日間）
		<input type="checkbox"/> 通所型	年	月	日	～	年	月	日
		<input type="checkbox"/> 居宅訪問型	年	月	日	～	年	月	日
④世帯収入区分（利用料金は世帯収入により異なることがあります）									
<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 住民税非課税 <input type="checkbox"/> いずれでもない <input type="checkbox"/> 利用料確定のため課税台帳等関係公募の閲覧に同意します。									
<p>上記のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。            また、支援のために、私に関する情報について、市町村・産科等医療機関・産後ケア実施施設など関係機関が共有することを同意します。</p> <p>中種子町長 殿</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">利用者氏名 (署名又は記名押印) _____</p> <p style="text-align: right;">申請者氏名 (署名又は記名押印) _____</p> <p style="text-align: right;">※利用者と申請者が異なる場合 _____</p>									