

様式第 1

一宮市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

(あて先) 一宮市長

私は、下記のとおり一宮市産後ケア事業の利用を申請します。

| | | | | |
|---|---------------|---|---------------------|------------|
| 申請者 (母親) | (ふりがな) 氏 名 | () | 生年月日 (年齢) | 年 月 日 (歳) |
| | 住所 | 一宮市 電話 | | |
| 緊急連絡先 | | 氏名 | 申請者との関係 | |
| | | 住所 | 電話 | |
| 出産施設名 | | | 出産日 | 年 月 日 |
| 乳 児 | (ふりがな) 氏 名 | () | 在胎週数 | 週 日 |
| | | | 出生体重 | g |
| | (ふりがな) 氏 名 | () | 在胎週数 | 週 日 |
| | | | 出生体重 | g |
| 希望する サービス・期間 | | <input type="checkbox"/> 宿泊型 | 年 月 日～ 年 月 日 (泊 日) | |
| | | | 年 月 日～ 年 月 日 (泊 日) | |
| | | <input type="checkbox"/> 訪問型 | 年 月 日～ 年 月 日 (回) | |
| 産後心配していること | | 1 産後の身体的回復について不安がある 2 育児について不安がある 3 産後の経過に応じた休養や栄養等日常生活面に不安がある 4 育児や生活などへの話を相談できる人がいない 5 その他 () | | |
| 世帯 構 成 | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 職業 |
| | | | 年 月 日 | |
| | | | 年 月 日 | |
| | | | 年 月 日 | |
| | | | 年 月 日 | |
| 階層区分 (該当に○をつける) | | 市民税課税世帯 ・ 市民税非課税世帯 ・ 生活保護受給世帯 | | |
| 利用料の減免に係る添付書類 <small>※利用料支払い後の減免はできません ※本市において減免対象世帯であることが確認できる場合には不要です</small> | | <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 市民税非課税証明書 (世帯全員が非課税であることが確認できる証明書) | | |

※裏面もご記入ください。

☆ご利用にあたっての参考にさせていただきます。下記についてお答えください。

①出産後、家事・育児などを手伝ってくれる人がいますか。 はい ・ いいえ

②体調に不安がありますか。 はい ・ いいえ

はいの方は、どのようなことですか。

〔

〕

③過去に大きな病気をされたこと（又は現在治療中の病気）はありますか。 はい ・ いいえ

はいの方は、どのようなご病気ですか。（差し支えない範囲でお答えください。）

〔

〕

④過去や現在に、こころの問題でカウンセラー、心療内科、精神科クリニック等に相談したことがありますか。 現在相談している ・ 過去に相談したことがある ・ いいえ

⑤食べ物に関して、アレルギー等配慮が必要なことはありますか。 はい ・ いいえ

〔

〕

⑥出産後の育児について、不安がありますか。 はい ・ いいえ

〔

〕

⑦その他、気になることがあればご記入ください。

〔

〕

同意欄

- ① 一宮市産後ケア事業利用申請及びサービス利用に必要な情報を事業者へ情報提供することに同意します。また、利用者の健康状態について、事業者から一宮市に情報提供することに同意します。
- ② 利用者に係る階層区分を確認するために、一宮市が審査に必要な範囲で、住民基本台帳及び一宮市民税の課税資料又は生活保護記録を閲覧することに同意します。
- ③ 利用決定後、利用日をやむを得ず変更またはキャンセルする場合は、すみやかに当該施設に連絡することに同意します。
- ④ 利用者自己負担金を当該施設に対して支払うことに同意します。

年 月 日 申請者氏名

(続柄)