

様式第1

一宮市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

(あて先) 一宮市保健所長

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。

産婦	(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	
(ふりがな) 乳児の氏名	()	在胎週数:	週 日	出生体重: g
	()	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)		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に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、住民基本台帳及び納税情報（世帯の情報を含む）を調査または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)