

吉野町産後ケア事業利用申請書兼情報提供書

吉野町長

下記のとおり吉野町産後ケア事業の利用を申請します。 年 月 日

利用者 (申請者)	ふりがな			生年月日	年 月 日	
	氏名				() 歳	
				出産病院		
	住所	吉野町		電話番号	①利用者携帯 ②緊急連絡先 (続柄 :)	
	ふりがな			生年月日	年 月 日 () ヶ月	
	子の氏名		男・女	出生時の 状況	週数 週	体重 g
			第 子		異常 有・無 (有の場合)	
	ふりがな			生年月日	年 月 日 () ヶ月	
子の氏名 (双胎の場合)		男・女	出生時の 状況	週数 週	体重 g	
		第 子		異常 有・無 (有の場合)		
母の既往歴		☐ 心臓疾患 ☐ 脳疾患 ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 甲状腺疾患 ☐ 腎臓疾患 ☐ 肝臓疾患 ☐ 婦人科疾患 ☐ 遺伝的疾患 ☐ がん ☐ こころの病気 ☐ 産後うつ ☐ マタニティブルー ☐ その他 ()				
母の現病歴						
子の既往歴・現病歴						
アレルギー・禁止食 (利用される方全員ご記入 ください)	有・無		食事に関して			
	(有の場合、どなたがかを含め下記に詳細をご記入ください)		こだわり 苦手なもの	味付け(薄い・普通・濃い) 嗜好品 (コーヒー・紅茶・水・麦茶)		
世帯区分		☐ 課税世帯 ☐ 非課税世帯 ☐ 生活保護世帯				
世帯構成	氏名	年齢	続柄	備考		

希望する事業内容	☐ ショートステイ(宿泊)型 ☐ デイサービス(通所)型 ☐ アウトリーチ(居宅訪問)型 ☐ 未定
希望日時	☐ ご希望日・ご希望時間 () ☐ いつでも良い
希望内容	☐ 授乳のこと(☐ 授乳方法 ☐ ミルクのこと ☐ 搾乳 ☐ 乳房マッサージ ☐ その他) ☐ 育児のこと(☐ 沐浴 ☐ 排泄 ☐ 清潔ケア ☐ 睡眠 ☐ その他 ()) ☐ 休養 ☐ からだのサポート ☐ こころのサポート ☐ その他 ()

(裏)

ご利用する際の参考にさせていただきます。

下記の質問にお答えください。

・現在、困っていること・不安なことなどお書きください。

1. 子どものこと ①発育 ②発達 ③その他 ()
2. 自分自身の身体面・精神面
3. 配偶者/パートナーとの関係
4. 実父母/義父母との関係
5. その他
6. 特になし

・今までにこころのことでカウンセラーや心療内科、精神科等に相談したことがありますか。

はい・いいえ

はいの場合

いつ頃 症状 病院 内服 有・無

・上記以外に、利用施設に伝えたいことがあればご自由にお書きください。

あり・なし

ありの場合

同意書

1. 自己負担額に係る審査をするため、吉野町が必要な範囲で住民票及び課税状況について調査し、又は閲覧すること。当該調査等で確認できない場合は、利用者が必要な書類を提出すること。
2. 産後ケア事業の利用に当たり、吉野町が利用施設に対して必要な個人情報を提供すること及び利用施設が吉野町に対して必要な個人情報を提供すること。
3. 産後ケア事業サービス利用時に、自己負担額を利用施設に対して支払うこと。
4. 産後ケア事業を利用できなくなった場合又は事業の実施について変更があった場合は、定められた期限までに利用施設に連絡すること。
5. サービス利用中に体調不良等の理由で利用を中止する場合においても、自己負担額を全額支払うこと。
6. 利用日の前日（連休翌日に利用を予定している場合は連休の前日）正午を過ぎて利用日の変更又は利用を中止した場合、自己負担額を支払うこと。
7. 産後ケア利用時に入院加療が必要と認められた場合、利用施設での対応が困難であれば、別の医療機関の受診勧奨を行う場合があること。

上記に同意します。 年 月 日 氏名(利用者)

※町記載欄 以下は、記入しないでください。

住民基本台帳 有・無 (校区)

母子手帳 No. ()

非課税確認 該当・非該当 (申告があった場合のみ)

来所者 (本人・夫・パートナー・家族)

その他備考

受付日 (年 月 日) 受付者 ()

申請者本人確認書類 【顔写真つき (1 種類)】

☐運転免許証 (運転経歴証明書) ☐マイナンバーカード

☐住民基本台帳カード (写真付) ☐パスポート

☐身体障害者・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳

☐在留カード ☐その他 ()

【顔写真なし (2 種類)】

☐健康保険証 ☐マイナンバー通知カード

☐児童扶養手当証書・特別児童扶養手当証書

☐生活保護受給者証 ☐本町の送付した健 (検) 診票

☐母子健康手帳 ☐その他 ()