

## 名取市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

名取市長 あて

〒

申請者住所

申請者氏名

(続柄: )

下記のとおり、名取市産後ケア事業の利用をしたいので申請します。

利用者	フリガナ 母の氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
	フリガナ 子の氏名	(第 子)	生年月日	年 月 日 ( か月)
	住 所	名取市		
	電話番号	(自宅)	(携帯)	
	緊急連絡先	(氏名)	(続柄)	携帯:
	出産予定日	年 月 日	退院(予定)日	年 月 日
	出産施設名		母子手帳 交付番号	
出生時体重	g	在胎週数	週	
課税状況	住民税課税世帯 ・ 住民税非課税世帯 ・ 生活保護世帯 ・ 児童扶養手当受給世帯 ・ わからない			
申請理由・ 困っていること等	<input type="checkbox"/> 産後、支援者不足である。 <input type="checkbox"/> 産後の母体管理（心身の休息含む）及び生活面の相談をしたい。 <input type="checkbox"/> 授乳、乳房管理（乳房ケアを含む）その他母乳による育児に関する指導を受けたい。 <input type="checkbox"/> 沐浴、おむつ交換等の育児に関する相談をしたい。 <input type="checkbox"/> その他困っていること ( )			
確認事項	希望するサービス	宿泊型 ・ 通所型（6時間） ・ 訪問型（2時間）		
	特に利用を 希望する内容 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 産婦の母体の管理に関する指導 <input type="checkbox"/> 産婦の心身のケアに関する指導 <input type="checkbox"/> 授乳、乳房ケアその他母乳による育児に関する指導 <input type="checkbox"/> 沐浴、おむつ交換等の日常生活における育児に関する指導 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	母子の 体 調	<母の体調> 妊娠経過 異常なし ・ あり ( ) 出産 異常なし ・ あり (多量出血・その他 ) □体調良 □不調 ( ) 治療の有無 無・有 ( ) アレルギー ( 無 ・ 有 ) ◎精神疾患既往 無・有 (診断名 治療中・治療済 年頃) →主治医の許可 有・無 (通院中の方の場合、必ず許可が必要) <児の体調> □良 □不調 ( ) 治療の有無 無・有 ( ) 栄養法 ( 母乳 ・ 混合 ・ 人工乳 )		
同意欄	1. 名取市が申請者及び生計を一にする世帯員の名取市市民税情報について調査・閲覧することに同意します。 調査の結果確認ができなかった場合には、証明できる書類を提出いたします。 2. 名取市が委託事業者に、産後ケア事業の実施にあたり必要な個人情報を提供すること、及び事業者が 名取市に利用状況等必要な個人情報を提供することに同意します。 3. 名取市が必要と判断した場合は、医療機関等から体調などの情報について確認することに同意します。 同意欄 年 月 日 同意者氏名 (本人署名の場合㊟不要) (代筆者氏名 (続柄 ) )			

㊟ 産後の体調や育児状況、産後の支援状況等を確認し審査をしたうえで利用承認決定を行いますので、妊娠中の申請時点では利用券兼実施報告書を交付することはできません。

## ※ 市記入欄

【確認】・1月1日時点での居住地の確認 □ 名取市 □ 市外 ( ) 課税証明書 要・否		
・緊急連絡先 本人以外に日中つながる連絡先(電話番号)、氏名、続柄を記入		
利用について 承認 ・ 不承認	事業者への連絡 不要・要 ( 年 月 日)	決定通知送付日 年 月 日

調整担当者 ( )