

様式第1号 (第8条関係)

伊予市産後ケア事業利用申請書兼同意書

太枠内をご記入ください

年 月 日

伊予市長 様

私は、伊予市産後ケア事業の利用を申請します。

利用者氏名 (ふりがな)	伊予 花子		生年月日	H●年 ●月 ●日生 ( △ 歳)		
住所	〒799-1111 伊予市		住民票住所		Tel 111-2222-3333	
	緊急連絡先：氏名 伊予 たろう (続柄) 夫				Tel 444-5555-6666	
出産(予定)日	R○年 ○月 ○日		退院(予定)日	R○年 ○月 ○日		
乳児氏名	伊予 みかん		出産医療機関	●●病院		
妊娠期間	妊娠 39 週 1 日		出生体重	3000 g		
世帯構成	氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢
	伊予 たろう	夫	△	母子以外の世帯構成員		
該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> を記入してください。						
利用を希望するものすべてにチェック	<input checked="" type="checkbox"/> 宿泊型	年 月 日 ~ 年 月 日		日付は空白		
	<input checked="" type="checkbox"/> 通所型	年 月 日 年 月 日				
	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問型	年 月 日 年 月 日				
利用希望事業者	空白					
病気等	今までにかかった病気について <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( 喘息 )		現在、通院中の病気について <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( 蕁麻疹 )			
申請理由	<input type="checkbox"/> 自分の体調が優れない		<input checked="" type="checkbox"/> 授乳について		複数選択可能	
	<input checked="" type="checkbox"/> 育児方法について相談したい		<input checked="" type="checkbox"/> 家族などが			
	<input type="checkbox"/> その他 ( )					
産後心配していること	赤ちゃんの体重の増え		アレルギー： 無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( 青魚 )			
希望のサービス	<input type="checkbox"/> 産後の母体管理及び生活面の指導		<input checked="" type="checkbox"/> 乳房管理		<input checked="" type="checkbox"/> もく浴、授乳等の育児指導	
	<input checked="" type="checkbox"/> 乳児の世話、発育・発達等のチェック		<input type="checkbox"/> 保健指導		複数選択可能	
	<input type="checkbox"/> その他 ( )					
同意欄	<p>私は、申請にあたり次の事項に同意します。</p> <p>① 利用審査及び利用者負担額決定に当たり、市が申請者及びその世帯員の市民税課税資料や住民基本台帳等、事務処理に必要な資料を閲覧すること。また、当該調査により確認ができない場合、市が求める必要書類を提供すること。</p> <p>② 利用期間中に、実施施設の状況等によりやむを得ず退所となる場合があること。</p> <p>③ 申請書の内容について、利用施設等に情報提供すること。また、利用施設等がサービスの利用状況等を市へ情報提供すること。</p> <p>④ 利用施設のルールに従うこと。</p>					
	R○年 4 月 1 日		利用者氏名 伊予 花子			
階層区分 (市で記入)	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯又はひとり親世帯 ※生活保護世帯の方は生活保護受給証明書が必要です。					