

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

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。

(ふりがな) 利用者氏名		生年月日		年 月 日生 (歳)		
住 所		〒 伊予市		TEL		
		緊急連絡先：氏名 (続柄)		TEL		
出産(予定)日		年 月 日		退院(予定)日		年 月 日
乳児氏名				出産医療機関		
妊娠期間		妊娠 週 日		出生体重		g
世帯構成	氏名		続柄	年齢	氏 名	
該当するものに <input type="checkbox"/> を記入してください。						
利用希望日	<input type="checkbox"/> 宿泊型		年 月 日 ~ 年 月 日			
	<input type="checkbox"/> 通所型		年 月 日 年 月 日		年 月 日	
	<input type="checkbox"/> 訪問型		年 月 日 年 月 日		年 月 日	
利用希望事業者						
病気等		今までにかかった病気について <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 現在、通院中の病気について <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
申請理由		<input type="checkbox"/> 自分の体調が優れない <input type="checkbox"/> 授乳について不安がある <input type="checkbox"/> 育児方法について相談したい <input type="checkbox"/> 家族などから援助が受けられない <input type="checkbox"/> その他 ()				
産後心配していること		アレルギー： 無 ・ 有 ()				
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 type="checkbox"/> 乳房管理 <input type="checkbox"/> もく浴、授乳等の育児指導 <input type="checkbox"/> 乳児の世話、発育・発達等のチェック <input type="checkbox"/> 保健指導及び情報提供 <input type="checkbox"/> その他 ()				
同 意 欄		私は、申請にあたり次の事項に同意します。 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。 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。 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。 ④ 利用施設のルールに従うこと。 年 月 日 利用者氏名				
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。				