

湧水町産後ケア事業利用申請書兼同意書

※必要なケアが実施できるよう内容について、町担当者より聞き取りを行います

利用者	母（本人）	氏名		生年月日		電話番号				
		住所	(里帰り先)				(TEL)			
		母子健康手帳番号								
		出産医療機関名				退院(予定)日	年	月	日	
		緊急時連絡先	氏名				電話			
	児	児の名前			出生日	年	月	日	月齢	か月
在胎週数		週	出生体重	g	第	子				
申請者	氏名		続柄		電話番号					
	住所									
申請内容	①申請理由（複数選択可）									
	<input type="checkbox"/> 自分の体調が優れない（からだの不調） <input type="checkbox"/> 心が不安定だと感じる（心の不調） <input type="checkbox"/> 授乳や沐浴など育児について不安がある（育児の不安） <input type="checkbox"/> パートナーなど家族の支援が得られにくい <input type="checkbox"/> 出産した医療機関等から利用を勧められた <input type="checkbox"/> その他（ ）									
	②①の具体的な内容									
	③利用を希望するケアの種類、期間及び施設									
	種類	期間					施設名			
	<input type="checkbox"/> 宿泊型	年	月	日	～	年	月	日	(日間)	
	<input type="checkbox"/> デイケア型	年	月	日	～	年	月	日		
	④世帯収入区分（利用料金は世帯収入により異なることがあります）									
	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 住民税非課税 <input type="checkbox"/> いずれでもない <input type="checkbox"/> 利用料確定のため課税台帳等関係公募の閲覧に同意します。									
<p>上記のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。 また、支援のために、私に関する情報について、町・産科等医療機関・産後ケア実施施設など関係機関が共有することを同意します。</p> <p>湧水町長 殿</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">利用者氏名 (署名又は記名押印)</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 (署名又は記名押印)</p> <p style="text-align: right;">※利用者と申請者が異なる場合</p>										