

中山町産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

中山町長 様

次のとおり中山町産後ケア事業の利用を申請します。

申請者 (利用者)	(ふりがな) 氏名		生年月日	年	月	日(歳)	
	住所	中山町					電話(携帯)
	緊急連絡先	氏名	申請者との関係				
		住所	電話				
	(ふりがな) 乳児の氏名	男・女	出生 体重	g	生年月日	年 月 日	第 子
	(ふりがな) 乳児の氏名	男・女	出生 体重	g	生年月日	年 月 日	第 子
	出産医療機関名				在胎週数	週	日
世帯区分 <small>該当する場合は☑を付けてください</small>		<input type="checkbox"/> II 町民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> III 生活保護世帯 ※生活保護受給証明書の提出が必要です					
裏面の 必要事項を記入して ください	希望するサービスに☑を付け、 利用回数上限	あわせて7日	<input type="checkbox"/> 宿泊型 (ショートステイ)	利用希望日	年 月 日	～ 年 月 日 (泊 日)	
		あわせて3回まで	<input type="checkbox"/> 日帰り型 (デイケア)	利用希望日数	計 日	利用希望日 ()	
			<input type="checkbox"/> 訪問型	利用希望日	()		
確認事項	<ul style="list-style-type: none"> ・分娩状況 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 特記事項あり () ・産後の体調 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 () ・治療中の疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () ・内服の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () ・アレルギーや感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () ・栄養法 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 人工乳 <input type="checkbox"/> その他 () ・児の健康状態 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 特記事項あり () 						
かかりつけの 医療機関 <small>※必要時情報提供する場合があります</small>	病院名 ※治療中の疾患がありましたらご記入ください 母： (電話番号) 児： (電話番号)						
<p>中山町産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書に記載した情報及びサービスの利用に必要な情報を、中山町産後ケア事業を実施する実施機関に情報提供することに同意します。また、利用者の健康状態について、実施機関から中山町に情報提供することに同意します。</p> <p>中山町産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書に記載した情報及びサービスの利用に必要な情報を、医療機関に情報提供することに同意します。</p> <p>中山町が審査に必要な範囲で住民基本台帳について調査・閲覧することに同意します。</p> <p>自己負担金免除決定に際して、住所を同じくする世帯員全員の課税状況等の関係書類を閲覧することに同意します。</p>							
年 月 日			申請者氏名 _____				

希望実施機関名は第二希望まで選択できます。希望するサービス内容には☑をつけ、具体的にご記入ください。状況により希望に添えない場合がありますので予めご了承ください。

1 宿泊型（ショートステイ）・日帰り型（デイケア） ※利用時その都度申請が必要です。

希望実施機関名	第一希望	第二希望
特に利用を希望するサービス内容に☑を付けてください。	<input type="checkbox"/> 産後の母の健康管理や生活面の指導（具体的に： ） <input type="checkbox"/> 乳房ケアや授乳方法の指導（具体的に： ） <input type="checkbox"/> 乳児の沐浴、発育・発達のチェック、体重・排泄、栄養のチェック、スキンケア等の育児方法の指導 <input type="checkbox"/> 育児相談（具体的に： ） <input type="checkbox"/> 休養のための支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

2 訪問型 ※日程は、利用承認後に実施機関と調整してください。 ※駐車場を準備してください。

希望実施機関名	第一希望	第二希望
特に利用を希望するサービス内容に☑を付けてください。	<input type="checkbox"/> 乳房ケアや乳房マッサージ（具体的に： ） <input type="checkbox"/> 授乳量や授乳方法の指導（具体的に： ） <input type="checkbox"/> 育児相談（児の発育・発達のチェックなど） <input type="checkbox"/> その他（ ）	

※自治体記入欄

申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
通知年月日	年 月 日	承認（No. ）	・ 不承認
利用依頼実施機関			
世帯区分	<input type="checkbox"/> I 町民税課税世帯	<input type="checkbox"/> II 町民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯