

羽曳野市産後ケア事業利用申請書兼情報提供書

羽曳野市長 様

年 月 日

私は、下記のとおり羽曳野市産後ケア事業の利用を申請します。

申請者 (利用者)	フリガナ			生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)		
	氏名						
	住所	〒583ー 羽曳野市		電話番号	自宅	ー	ー
					携帯	ー	ー
世帯区分	() 市民税課税世帯 () 市民税非課税世帯 () 生活保護世帯			出産(予定)の医療 機関・助産院			
出産(予定)日	年 月 日		これまでの 妊娠・出産について	今回の妊娠は 今回の出産は	回目 回目		
感染症	検査項目	結果	備考	検査項目	結果	備考	
	HIV 抗体検査	(-/+)		HTLV-1	(-/+)		
	梅毒血清反応	(-/+)		HCV 抗体	(-/+)		
	HBs抗原	(-/+)					
赤ちゃんについて ※既に出産された方のみ ご記入ください。	フリガナ			出生体重	g		
	氏名				在胎週数	週	日
	フリガナ			出生体重	g		
	氏名				在胎週数	週	日
緊急連絡先	フリガナ			利 用 者 と の 関 係			
	氏名						
	住所			電話番号	自宅	ー	ー
					携帯	ー	ー
世帯構成	氏 名		生年月日(年齢)			続柄	
			. . (歳)				
			. . (歳)				
			. . (歳)				
			. . (歳)				
希望するサービス		希望する日時(予定)					合計
ショートステイ(宿泊)		年 月 日 ~ 年 月 日					日
		年 月 日 ~ 年 月 日					
デイサービス(日帰り)		年 月 日 年 月 日					日
		年 月 日 年 月 日					
		年 月 日 年 月 日					
アウトリーチ(訪問)		年 月 日 年 月 日					回
		年 月 日					
利用希望施設 (デイ・ショートの場合)		第1希望() 第2希望()					
特に希望する 利用内容	1. 授乳についての相談 (乳房の手当、授乳方法、赤ちゃんの発育・発達の確認等)						
	2. 育児に関する相談 (赤ちゃんのお風呂、着替え等の身の回りのお世話全般について)						
	3. 休養、お母さんの産後の体調等の相談						
	4. その他()						

同意欄

1. 利用料に係る審査をするために、羽曳野市が必要な範囲で住民票及び課税状況について調査・閲覧し、当該調査で確認できない場合は、申請者が必要書類を提出すること。
2. 産後ケア事業の利用に当たり、羽曳野市が利用施設等に対して必要な個人情報を提供すること及び利用施設等が羽曳野市に対して必要な個人情報を提供すること。
3. 産後ケア事業を利用することができなくなった場合又は事業の実施について変更が必要な場合は、定められた期限までに利用施設へ連絡をすること。
4. 産後ケア事業サービス利用時に、利用料を利用施設に対して支払うこと。
5. 定められた期日を過ぎて利用日の変更又は利用を中止した場合、キャンセル料が発生する場合があること。
6. 産後ケア事業サービス利用時に体調不良等で医療行為が必要になった際、利用施設での対応が困難であれば、別の医療機関への受診勧奨を行う場合があること。

年 月 日

上記、1、2、3、4、5、6 に同意します。

氏名

(自署又は記名押印)

ご利用にあたっての参考にさせていただきます。下記についてお答えください。

①出産後、家事・育児などを手伝ってくれる人がいますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方は、誰がどのようなことを手伝ってくれる予定ですか？

②出産後の体調に不安がありますか？

はい ・ いいえ

「はい」の方は、どのようなことですか？

③過去に大きな病気をされたこと(又は現在治療中の病気)はありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方は、どのようなご病気ですか？

④今までにこころの問題でカウンセラーや心療内科、精神科クリニック等に相談したことがありますか？

はい ・ いいえ

⑤食べ物に関して、アレルギー等配慮が必要なことはありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方は、どのようなことですか？

⑥出産後の育児について、不安がありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方は、どのようなことですか？

⑦その他、気になることがあればご記入ください。

【こども家庭支援課記入欄】

受付サイン

☐ 市民確認

☐ 課税状況確認

☐ 加算条件確認

R6.5 月