

年 月 日

桜井市産後ケア事業利用申請書

申請者

氏 名（続柄： ）

住 所

連絡先

次のとおり産後ケア事業を利用したいので申請します。

利 用 者	産婦	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日（ 歳）	
		住 所	☐ 申請者と同じ 桜井市			
		連 絡 先	☐ 申請者と同じ — —			
		緊急連絡先	（続柄： ） — —			
	子 （第 子）	ふりがな 氏 名	男 ・ 女	生年月日	年 月 日（ か月）	
		出生体重	g	在胎週数	週 日	
		出産病院		健康状態		
	子 （双子）	ふりがな 氏 名	男 ・ 女	生年月日	年 月 日（ か月）	
		出生体重	g	在胎週数	週 日	
		出産病院		健康状態		
	世帯区分（課税状況）		☐ 住民税課税世帯 ☐ 生活保護世帯 ☐ 住民税非課税世帯			
	緊急連絡先		氏名： （続柄： ） 連絡先： — —			
世帯構成 （上記以外の者）	氏 名		続柄	生年月日		
				年 月 日		
				年 月 日		
				年 月 日		
				年 月 日		
備考						

サービス利用時の参考にさせていただきます。下記の内容についてご回答ください。

利用者区分	今までにかかった病気または現在治療中の病気について	アレルギーまたは禁止食について
産婦	【有・無】 ☐ 心疾患 ☐ 脳疾患 ☐ 高血圧 ☐ 糖尿病 ☐ 甲状腺疾患 ☐ 腎疾患 ☐ 肝疾患 ☐ 婦人科疾患 ☐ 遺伝性疾患 ☐ がん ☐ こころの病気 ☐ 産後うつ ☐ マタニティブルー ☐ その他（ ）	【有・無】 <u>※有の場合、詳細を記入してください。</u>
	【有の場合】 _____歳頃 現在の治療状況（ _____通院 ・ 内服 _____）	
子	【有・無】	【有・無】 <u>※有の場合、詳細を記入してください。</u>
※上記以外に気になることや伝えたいことがある場合は記載してください。（授乳のこと、育児のこと、体調のことなど）		

同意欄	1. 利用者負担額に係る住民税非課税世帯を確認するため住民税情報等を公簿等により確認すること。 2. 利用者負担額に係る被保護世帯の有無に関し、公簿等で確認すること。 3. 産後ケア事業の利用にあたり、委託事業者に必要な個人情報を提供すること。 4. 施設状況により、希望の日時に利用できない場合があること。 5. 産後ケア事業利用（終了）時に、自己負担額を事業者に対して支払うこと。 6. 産後ケア事業を利用することができなくなった場合または産後ケア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すること。 7. 利用当日に感染症の疑い（発熱、下痢、嘔吐、咳が続くなどの症状）がある場合や、医療行為の必要な産婦または乳児は利用できないこと。 8. サービスの利用中の体調不良等、自己都合による理由で利用を中止する場合においても、サービスの区分及び階層区分に応じた自己負担額を負担すること。その際、市は関与せず、施設と利用者間の調整となる。 9. 産後ケア事業利用時に入院加療が必要と認められた場合、利用施設での対応が困難であれば、別の医療機関の受診勧奨を行う場合があること。 10. 虚偽の申請により産後ケア事業の助成を受けた場合又は利用施設の指示に従わない等桜井市産後ケア事業実施要網の規定に違反した場合は、利用の承認を取り消す場合があること。
	上記の内容に同意します。 年 月 日 申請者氏名 _____