

富田林市産後ケア事業(日帰り・宿泊型)利用申請書兼情報提供書

富田林市長 様

年 月 日

私は、下記のとおり富田林市産後ケア事業(日帰り・宿泊型)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)	昭・平	年	月	日
	氏名			(年齢)	(歳)		
	住所	富田林市		電話番号	自宅 携帯			
世帯の区分 ()内に○	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 市府民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯			出産予定の医療 機関・助産院				
感染症 (検査項目及び結果)	HIV抗体検査	(-/+)		HTLV-1	(-/+)			
	梅毒血清反応	(-/+)		HCV抗体	(-/+)			
	HBs抗原	(-/+)						
出産予定日	月 日	これまでの妊娠・ 出産について		今回の妊娠は		回目		回目
利用する 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	名前(フリガナ)		生年月日	出生体重	在胎週数			
			月 日	g	週 日			
			月 日	g	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 携帯			
世帯 構成	姓名 (申請者と同じ姓の場合、名のみで可)		生年月日(年齢)		続柄			
			(歳)		本人			
			(歳)					
			(歳)					
			(歳)					
希望するサービス	<input type="checkbox"/> ショートステイ(宿泊) <input type="checkbox"/> デイサービス(日帰り) <input type="checkbox"/> 未定							
希望する日程 (あれば)								
利用希望施設								
希望内容	1. 授乳相談(乳房の手当、授乳方法、赤ちゃんの発育・発達の確認等) 現在の授乳方法(母乳・混合栄養・ミルク) 2. 育児に関する相談(赤ちゃんのお風呂や着替え等の身の回りのお世話全般) 3. 休養、お母さんの産後の体調等の相談 4. その他(
特に希望するケア 内容、現在困って いることなどご自由 にご記入ください。	(例、赤ちゃんがよく泣くので困っている。母乳育児について。 疲労がたまっていて休みたい。など)							

裏面もあります

同意欄

※必ず全ての項目に目を通してください

1. 利用料に係る審査をするために、富田林市が必要な範囲で住民票・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、富田林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富田林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終了時に、利用料を利用施設に対して支払うこと。
5. サービス利用中に体調不良等の理由で利用を中止する場合においても、料金を全額支払うこと。ただし、ショートステイ(宿泊)の利用中で19時までに途中帰宅する場合は、デイサービス(日帰り)の料金を支払うこと。
6. 利用日の前日17時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。
7. 産後ケア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。

上記、1、2、3、4、5、6、7 に同意します。 氏名 _____

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(誰) ・ いいえ

②体調の不安がありますか？ 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

はいの方は、どのような内容でしたか？ }

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育児に対する気持ちやご不安なことなどご自由にご記入ください。

(例、協力者が少なく、一人での育児になりそうで心配。身近に赤ちゃんがいないのでお世話の方法が分からない。など)

【※】保健センター記入欄 受付サイン 市民確認 病院への連絡()
 課税状況確認(課税・非課税・生保)

回数	医療機関	サービス	利用日	利用日数	合計利用日数	残日数	送付日	備考
1		ショート・デイ	月 日～月 日					
2		ショート・デイ	月 日～月 日					
3		ショート・デイ	月 日～月 日					
4		ショート・デイ	月 日～月 日					
5		ショート・デイ	月 日～月 日					
6		ショート・デイ	月 日～月 日					
7		ショート・デイ	月 日～月 日					