

上士幌町(産前・産後)ケア事業利用申請書

令和 年 月 日

上士幌町長 竹中 貢 様

住所
申請者
氏名

(産前・産後)ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

なお、申請内容の確認・決定のために、上士幌町が住民基本台帳情報、税情報等の公簿等の確認を行うことや、当該事業に必要な情報を、事業者を提供する場合がありますことについて同意します。

母子健康手帳番号			
利用者の氏名		生年月日	年 月 日
児の氏名及び出生 体重等		第 子	g
		第 子	g
		第 子	g
出産(予定)年月日	令和 年 月 日	退院(予定)年月日	令和 年 月 日
出産(予定)施設			
産前ケア申請区分 ※希望する項目に☑ を入れてください。	<input type="checkbox"/> ①お産の経過と身体づくり <input type="checkbox"/> ②授乳について <input type="checkbox"/> ③産後の生活指導 <input type="checkbox"/> ④新生児の特徴と沐浴指導 ※①～④のケアは、助産院で行われ、一人合計4回まで利用可能 ※自己負担額は料金の1割となり、生活保護、非課税世帯は無料		
産後ケア申請区分 ※希望する項目に☑ を入れてください。	<input type="checkbox"/> 訪問型※自宅に助産師が来てケアを受ける <input type="checkbox"/> 来所型※助産院で(1時間程度)のケアを受ける <input type="checkbox"/> デイサービス型※助産院で(10時～16時)のケアを受ける ※上記ケアは、一人合計5回まで利用可能 ※自己負担額は料金の1割となり、生活保護、非課税世帯は無料		
産後ケア申請理由 ※該当する項目に☑ を入れてください。	<input type="checkbox"/> 家族等から十分な支援が得られない <input type="checkbox"/> 健康状態について不安がある <input type="checkbox"/> 気持ちの落ち込みや不安がある <input type="checkbox"/> 母体ケア(乳房の手当てやトラブルケア等)について <input type="checkbox"/> 育児(授乳や沐浴等)について <input type="checkbox"/> 児の発育発達について <input type="checkbox"/> 心身の疲労により休養がほしい <input type="checkbox"/> その他(具体的な内容)		
<同意書> ①利用日の調整は、申請者と事業者が直接行います。場合によっては希望にそえないこともあります。 ②当該事業に必要な情報を、事業者を提供する場合があります。 ③利用の結果については、事業者から上士幌町に報告されます。 ④利用可能期間や回数を超えて利用することはできません。 ⑤上士幌町産前産後ケア事業利用承認通知書を提示せずに、本事業を利用することはできません。 上記①～⑤に同意します。 <div style="text-align: right;">申請者氏名 _____</div>			