

上士幌町産前産後ケア事業利用申請書

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 ※出産後の場合		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			
希望するサービス ※該当する項目に☑ を入れてください。 ※里帰り先等での産 前産後ケアに☑した 場合はその名称、電 話番号を記載	<input type="checkbox"/> 産前ケア ※町内助産 院で実施 (町委託)	<ul style="list-style-type: none"> ● ①お産の経過と身体づくり ②授乳について ③産後の生活指導、④新生児の特徴と沐浴指導 から選択可。 ● 来所型で実施(助産院に行きます) ● 自己負担額は料金の1割。生活保護・非課税世帯は無料。 ● 一人合計4回まで利用可能。 	
	<input type="checkbox"/> 産後ケア ※町内助産 院で実施 (町委託)	<ul style="list-style-type: none"> ● ①訪問型 ②来所型 ③デイサービス型を選択し、授乳ケアや育児指導等を受けられる。 ● 自己負担額は料金の1割。生活保護・非課税世帯は無料。 ● 一人合計5回まで利用可能。 	
	<input type="checkbox"/> 里帰り先 等での産前 産後ケア ※町外助産 院等	<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>(里帰り先助産院等の名称)</p> <p>(電話番号)</p> </div> <ul style="list-style-type: none"> ● 町からの産前産後ケア実施依頼及び結果報告書作成等について対応可能な助産院等に限る。 ● 里帰り先助産院等で実施している産前産後ケアメニューを利用。 	

		<ul style="list-style-type: none"> ● サービス利用後、全額自己負担で支払い、町への申請により一部助成される。 ● 町助成額は、自己負担額は料金の1割とし1回の助成額は8000円を上限とする。生活保護・非課税世帯は無料。 ● 交通費、文書作成等に係る料金が発生した場合は自己負担とする。 ● 一人産前ケア4回、産後ケア5回まで利用可能。(町内外合算)
<p>産前産後ケア申請理由 ※該当する項目に☑を入れてください。</p>		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 妊娠や出産の経過や準備することについて知りたい <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）について知りたい <input type="checkbox"/> 児の発育発達について知りたい <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)
<p><同意書></p> <p>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。</p> <p>②当該事業に必要な情報を、事業者に提供する場合があります。</p> <p>③利用の結果については、事業者から上土幌町に報告されます。</p> <p>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。</p> <p>⑤上土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。</p> <p>上記①～⑤に同意します。</p> <p style="text-align: center;">申請者氏名 _____</p>		