

越前市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

越前市長 様

申請者 住 所

氏 名 (利用者との続柄： )  
電 話

越前市産後ケア事業実施要綱第 7 条第 1 項の規定に基づき、産後ケア事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

なお、本申請に当たり、越前市長が、利用者が出産した医療機関等に対し必要な調査及び連絡をすること並びに利用者の世帯の所得等必要な事項を公簿その他必要な方法により調査することに同意します。

|                       |                                                                                                    |             |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 利用者氏名                 |                                                                                                    | 生 年 月 日     |
|                       |                                                                                                    | 年 月 日 ( 歳)  |
| 住 所                   | <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ                                                                  |             |
| 滞在先住所                 | ※里帰り等により住所地以外での滞在先（福井県内に限る）がある場合に記入                                                                |             |
| 電話番号                  | <input type="checkbox"/> 申請者電話番号と同じ                                                                |             |
| 食物アレルギー               | <input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし                                        |             |
| 世帯区分                  | <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 |             |
| 緊急連絡先                 | 氏名<br>電話                                                                                           | 利用者との関係 ( ) |
| 出産(予定)日<br>(出産(予定)施設) | 年 月 日 ( )                                                                                          |             |
| 妊娠、分娩、出産後の<br>状況      | 妊娠中の異常： 無・有 (具体的に )                                                                                |             |
|                       | 分娩中の異常： 無・有 (具体的に )                                                                                |             |
|                       | 出産後の異常： 無・有 (具体的に )                                                                                |             |
| 児の状況                  | 氏名                                                                                                 | 生年月日 年 月 日  |
|                       | 性別 男 ・ 女                                                                                           | 出生順位 第 子    |
|                       | 出生体重 g                                                                                             | 在胎週数 週 日    |
|                       | 出生時の異常： 無・有 (具体的に )                                                                                |             |
|                       | その他の異常： 無・有 (具体的に )                                                                                |             |
| 2児の場合                 | 氏名                                                                                                 | 生年月日 年 月 日  |

|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                |                                                    |         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------------------------|---------|
|                                                                                                              | 性別                  男      ・      女                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                | 出生順位        第                  子                   |         |
|                                                                                                              | 出生体重                                  g                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                | 在胎週数                          週                  日 |         |
|                                                                                                              | 出生時の異常：    無・有（具体的に                                                  ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                |                                                    |         |
|                                                                                                              | その他の異常：    無・有（具体的に                                                  ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                |                                                    |         |
| 利用の理由<br><br>※利用を希望される理由に当てはまるものを選び、状況を記入してください。（複数選択可）                                                      | <div><input type="checkbox"/> 乳房ケアや授乳についての指導<br/>（具体的な状況                                                  ）</div> <div><input type="checkbox"/> 育児相談や育児技術の指導<br/>（具体的な状況                                                  ）</div> <div><input type="checkbox"/> 母子の健康管理、乳児の発育・発達の確認<br/>（具体的な状況                                                  ）</div> <div><input type="checkbox"/> 休息時間の確保<br/>（具体的な状況                                                  ）</div> <div><input type="checkbox"/> その他<br/>（具体的な状況                                                  ）</div> |                                |                                                    |         |
| 希望するサービス<br><br>※希望するサービスを選んでください。<br><br><input type="checkbox"/> 宿泊サービス<br><input type="checkbox"/> 通所サービス | 希望日数                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 希望する日                          |                                                    | 希望する時間帯 |
|                                                                                                              | 日<br>（泊）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 年      月      日～      月      日 | ：      ～      ：                                    |         |
|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 年      月      日～      月      日 | ：      ～      ：                                    |         |
|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 年      月      日～      月      日 | ：      ～      ：                                    |         |
|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 年      月      日～      月      日 | ：      ～      ：                                    |         |
|                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 年      月      日～      月      日 | ：      ～      ：                                    |         |
| 利用希望する施設<br>（事業者）                                                                                            | 第1希望（                                                  ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                |                                                    |         |
|                                                                                                              | 第2希望（                                                  ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                |                                                    |         |
|                                                                                                              | 第3希望（                                                  ）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                |                                                    |         |
|                                                                                                              | ※施設（事業者）の状況により希望に添えないこともあります。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                |                                                    |         |