

王寺町長 殿

申請者 住所 王寺町

氏名

私は、下記のとおり王寺町産後ケア事業の利用を申請します。

利用者 (産婦)	フリガナ		生年月日 (年齢)	昭・平 年 月 日 (歳)
	氏名			
	住所	〒 王寺町	出産医療機関 (助産所)名	
	電話番号	自宅	携帯	
赤ちゃんに ついて	フリガナ		生年月日	出生体重
	氏名	(男・女)	令和 年 月 日 (在胎週数 週 日)	g
	フリガナ		生年月日	出生体重
	氏名	(男・女)	令和 年 月 日 (在胎週数 週 日)	g
世帯構成 ※産婦と赤ちゃん以外を記入	氏名		生年月日(年齢)	続柄
			(歳)	
			(歳)	
世帯区分	※()内に○ ()課税世帯 ・ ()非課税世帯 ・ ()生活保護世帯			
緊急 連絡先	フリガナ		利用者 との関係	
	氏名			
	住所	〒 王寺町		
	電話番号			
希望するサービス	希望する日時(例:平日に利用希望、○日から希望など)			合計
ショートステイ(宿泊型)				
デイケア(通所型)				
アウトリーチ(訪問型)				
申請理由	1. 出産後、身体面での不調があるため 2. 出産後、精神面での不調があるため 3. 家事、育児等の支援者がいないため 4. 育児又は日常生活についての不安があるため 5. その他()			
特に希望 する内容	1. 授乳についての相談(乳房の手当て、授乳方法、赤ちゃんの発育・発達の確認等)			
	2. 育児に関する相談(赤ちゃんのお風呂、着替え等の身の回りのお世話全般について)			
	3. 休養、お母さんの産後の体調等の相談			
	4. その他()			

裏面もご記載ください

※職員記入欄(税情報確認)

日付	課税状況	税務課担当者	保健センター担当者
/	1. 課税 2. 非課税 3. 生保		

同意書

1. 産後ケア事業の利用に当たり、王寺町が利用施設等に対して必要な個人情報を提供すること、及び利用施設が王寺町に必要な個人情報を提供すること。
2. 実施施設の状況により、希望の日に利用できない場合もある。
3. 申請後、産後ケア事業の利用について中止又は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。その場合、定められた金額を支払う場合があること。
4. 産後ケア事業サービス終了時に、利用施設に対して自己負担額を支払うこと。
5. 利用料に係る世帯区分などを確認するために審査に必要な範囲で、住民基本台帳による世帯状況、世帯構成員の市町村民税課税状況及び生活保護受給の有無について、町が調査すること。
6. 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、医療行為の必要なお母さん又は赤ちゃんは利用できないこと。

以上のことに同意します。 令和 年 月 日 氏名

☆ご利用にあたっての参考にさせていただきますので、下記についてご記入ください。

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・いいえ

はいの方は誰がどのようなことを手伝ってくれる予定ですか？

[]

② 出産後の体調に不安がありますか？

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また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ことですか？

[]

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 出産後の育児について不安がありますか？

はい・いいえ

はいの方はどのようなことですか？

[]

⑦ その他、気になることがあればご記入ください。

[]