

長井市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

長井市長 殿

次のとおり長井市産後ケア事業の利用を申請します。

申請者 (利用者)	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)		
	住所	長井市 電話				
	緊急連絡先	氏名	続柄			
		住所	電話			
	ふりがな 子の氏名	男・女	生年 月 日	年 月 日	出生体重 g	
	ふりがな 子の氏名	男・女	生年 月 日	年 月 日	出生体重 g	
	出産医療機関		出産予定日	年 月 日		
世帯構成 (申請者除く)	氏名	生年月日	続柄	勤務先・学校等名		
		年 月 日				
		年 月 日				
		年 月 日				
		年 月 日				
		年 月 日				
		年 月 日				
世帯区分		☐ 市民税非課税世帯				
該当する場合☑をつけてください。		☐ 生活保護世帯				
希望する産後ケア (☑をつけ、裏面の必要事項をご記入ください。)		☐ 医療機関に宿泊しケアを受ける(宿泊型) ※産後ショートステイ				
		☐ 助産院に行きケアを受ける(通所型) ※産後デイケア				
		☐ 自宅でケアを受ける(訪問型) ※産後居宅訪問				
		☐ 母乳ケア・育児の相談をしたい【 回目】 (通所・訪問型 ※いずれかに○) ※母乳・育児相談				
申請理由 (困っていることや支援がほしいことなどについてご記入ください。)						
長井市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書に記載した情報及び産後ケアの利用に必要な情報を長井市産後ケア事業を実施する医療機関等に情報提供することに同意します。 また、利用者の健康状態について医療機関等から長井市に情報提供することに同意します。 長井市が審査に必要な範囲で住民基本台帳について調査・閲覧することに同意します。 自己負担金免除決定に際して、住所を同じくする世帯員全員の課税状況等の関係書類を閲覧することに同意します。						
		年 月 日	申請者氏名			

希望する産後ケアについて、必要事項を記入してください。
状況により希望に添えない場合がありますのでご了承ください。

1 医療機関に宿泊しケアを受ける（宿泊型） ※産後ショートステイ

利用希望日	年 月 日 ～ 年 月 日（泊 日）
希望医療機関	
特に希望する ケア内容に☑をつ けてください。	☐ 産後の母の健康管理（こころの健康含む）や生活面のケア ☐ 乳房ケアや授乳に関するケア ☐ 子どもの発育・発達、体重・排泄・栄養等の確認 ☐ 沐浴、抱っこの仕方など育児方法に関すること ☐ 子育ての全般的な相談 ☐ その他（ ）

2 助産院に行きケアを受ける（通所型） ※産後デイケア

利用希望日時	第1希望 年 月 日
	第2希望 年 月 日
助産院名	
特に希望する ケア内容に☑をつ けてください。	☐ 産後の母の健康管理（こころの健康含む）や生活面のケア ☐ 乳房ケアや授乳に関するケア ☐ 子どもの発育・発達、体重・排泄・栄養等の確認 ☐ 沐浴、抱っこの仕方など育児方法に関すること ☐ 子育ての全般的な相談 ☐ その他（ ）

3 自宅でケアを受ける（訪問型） ※産後居宅訪問

利用希望日時	※日程は利用事業所と調整となります。
事業所名	
特に希望する ケア内容に☑をつ けてください。	☐ 生活面のケア ☐ 乳房ケアや授乳に関するケア ☐ 子どもの発育・発達、体重・排泄・栄養等の確認 ☐ 沐浴、抱っこの仕方など育児方法に関すること ☐ 子育ての全般的な相談 ☐ その他（ ）

4 母乳ケア・育児の相談をしたい【 回目】

（通所型・訪問型 ※いずれかに○） ※母乳・育児相談

事業所名	
特に希望する ケア内容に☑をつ けてください。	☐ 乳房ケアや授乳に関するケア ☐ 育児の相談 ☐ その他（ ）

※長井市確認欄

申請受付年月日	年 月 日	依頼医療機関等	
世帯区分	☐ 課税 ☐ 非課税 ☐ 生保	承認審査	承認 ・ 不承認
申込確認	済 ・ 未	備考	