

朝日町産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

(宛先) 朝日町長

次のとおり朝日町産後ケア事業の利用を申請します。尚サービス利用について必要な情報を委託事業者に提供すること並びに委託事業者から朝日町に情報提供することに同意いたします。

私及び私の家族(世帯員)の住民税課税台帳を閲覧することに同意いたします。

申請者 (利用者)	(ふりがな) 氏名		生年月日		年 月 日( 歳)			
	住所		〒  電話(携帯)					
	(※里帰り者) 町内居住地		〒 朝日町大字 世帯主: (続柄: ) 電話(携帯)					
	緊急連絡先		氏名	申請者との関係				
			住所	〒  電話				
	(ふりがな) 乳児の氏名		男・女	出生 体重	g	生年月日	年 月 日	第 子
	(ふりがな) 乳児の氏名		男・女	出生 体重	g	生年月日	年 月 日	第 子
	出産医療機関名				在胎週数	週 日		
世帯区分 <small>該当する場合☑を付けてください ☑ない場合は住民税課税世帯とみなします。</small>		<input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 ※生活保護受給証明書の提出が必要です						
☑を付け、裏面の必要事項を記入してください	希望するサービスに 利用回数上限 7日ずつ	<input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ)型		利用希望日 年 月 日～ 年 月 日(泊日)				
		<input type="checkbox"/> 通所(デイサービス)型		利用希望日数 計 日 利用希望日 ( )				
確認事項		・分娩状況 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 特記事項あり ( ) ・産後の体調 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 ( ) ・治療中の疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) ・内服の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) ・アレルギーや感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) ・栄養法 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 人工乳 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ・児の健康状態 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 特記事項あり ( )						
かかりつけの医療機関 <small>※必要時情報提供する場合があります</small>		病院名※治療中の疾患がありましたらご記入ください						

希望事業者は原則1か所選択ください。希望するサービス内容には☑をつけ具体的にご記入ください。状況により希望に添えない場合がありますので予めご了承ください。

様式第1号

1 短期入所（ショートステイ）型・通所（デイサービス）型 ※利用時その都度申請が必要です。

希望事業者名	
特に利用を希望するサービス内容に☑を付けてください。	<input type="checkbox"/> 産後の母の健康管理や生活面の指導（具体的に： ） <input type="checkbox"/> 乳房ケアや授乳方法の指導（具体的に： ） <input type="checkbox"/> 乳児の沐浴、発育・発達のチェック、体重・排泄、栄養のチェック、スキンケア等の育児方法の指導 <input type="checkbox"/> 育児相談（具体的に： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）

※自治体記入欄

申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
通知年月日	年 月 日	承認（No. ）	・ 不承認
利用依頼事業者			
世帯区分	<input type="checkbox"/> 住民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 里帰り産婦等		