

根室市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

根室市長 様

産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。（太ワクの中をご記入ください。）

利 用 者	ふりがな 氏 名		生年月日	年 月 日
	住 所		電話番号	
	緊急連絡先	氏名	続柄（ ）	電話番号
	ふりがな 子の氏名	ふりがな ※多胎の場合 子の氏名		
	生年月日	年 月 日 (第 子)	出生体重	g
アレルギー（母）		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（症状 ）		
アレルギー（児）		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（症状 ）		
既往歴・服薬（母）		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（疾患名 服薬名 ）		
既往歴・服薬（児）		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（疾患名 服薬名 ）		
利用希望内容				
事業の種類		<input type="checkbox"/> 日帰り型（デイサービス） <input type="checkbox"/> 宿泊型（ 泊）		
申請理由 (該当するものすべてに☑してください)		<input type="checkbox"/> 産後心身の不調や育児に対する不安がある。 <input type="checkbox"/> ご家族などから援助が受けられない。 <input type="checkbox"/> 母乳ついて相談したい。 <input type="checkbox"/> その他（具体的に： ）		
同意欄				
1. 本事業の利用審査及び利用者負担金決定の審査にあたり、市が利用者及びその配偶者の所得状況、住民基本台帳による世帯状況を調査することに同意します。 2. 本事業の利用にあたり、市と実施施設において利用者の情報を共有することに同意します。 3. 産後ケア利用後に、公費負担を除いた自己負担金を施設に直接支払います。 4. 母子に医療行為が必要と判断された場合、本事業が利用できなくなることを了承します。				
本人署名 _____				
市記入欄		<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯		