

産後ケア事業（アウトリーチ型）利用申請書兼情報提供書

年 月 日

揖斐川町長 様

申請者 住所

氏名

(利用者との関係)

電話番号

下記のとおり、揖斐川町の産後ケア事業（アウトリーチ型）の利用を申請します。

(ふりがな) 利用者氏名	母		年	月	日	(歳)
	子	(男・女) (第 子)	在胎週数	週	出生体重	g	
	子	(男・女) (第 子)	在胎週数	週	出生体重	g	
住所 <small>(住民票上の住所地)</small>				電話番号			
訪問先住所 <small>(上記と異なる場合のみ記載)</small>	様方			電話番号			
利用申請理由 複数回答可	<input type="checkbox"/> 出産後の身体の回復や体調に不安がある <input type="checkbox"/> 育児に不安や負担感がある 又は、不安な気持ちが強い <input type="checkbox"/> 授乳やお子さんの体重の増えの相談 <input type="checkbox"/> 乳房の状態の確認・相談 <input type="checkbox"/> その他 ()						
利用希望区分	希望日	<input type="checkbox"/> 退院してすぐ <input type="checkbox"/> 産後 週頃 週に 回	希望する サービス 複数回答 可	<input type="checkbox"/> 産後の母体管理及び生活面の指導 <input type="checkbox"/> 産婦の心理的ケア <input type="checkbox"/> 乳房の管理及び授乳指導 <input type="checkbox"/> 沐浴等の育児指導 <input type="checkbox"/> その他 ()			
世帯区分 <small>いずれかに☑をつけてください</small>	<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						
同意書	<p>申請するにあたり、次の事項に同意します。</p> <p>① 産後ケア事業の利用者負担金決定の審査にあたり、町が住民登録情報及び課税状況について調査・閲覧すること。</p> <p>② 産後ケア事業の利用にあたり、町が申請書の内容及び産後ケア利用に必要な情報をケアを提供する助産師に提供すること。</p> <p>③ 産後ケアを提供する助産師が町に対して、本事業の利用状況や利用者の健康状態等を報告すること。</p> <p style="text-align: right;">氏 名： _____</p>						

※ 以下の欄は市町村が記載します。

申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認
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			