

別記

第1号様式（第4条関係）

## 垂水市産後ケア事業利用申請書兼同意書

※必要なケアが実施できるよう内容について、垂水市担当者より聞き取りを行います。

本人（続柄）	氏名		生年月日		電話番号	
	住所	(〒 - )				
利用者	(里帰り先)		電話番号			
	母子健康手帳番号					
	出産医療機関名		退院(予定)日		年 月 日	
	緊急時連絡先	氏名		続柄		電話番号
子	子氏名		出生日		年 月 日	月齢 か月
	在胎週数		週	出生体重	g	第 子
申請者	氏名		続柄		電話番号	
	住所					
申請内容	①申請理由（複数選択可）					
	<input type="checkbox"/> 自分の体調が優れない（からだの不調） <input type="checkbox"/> 心が不安定だと感じる（心の不調） <input type="checkbox"/> 授乳や沐浴など育児について不安がある（育児の不安） <input type="checkbox"/> パートナーなど家族の支援が得られにくい <input type="checkbox"/> 出産した医療機関等から利用を勧められた <input type="checkbox"/> その他（ ）					
	②①の具体的な内容					
	③利用を希望するケアの種類・期間及び施設					
	種類	期間			施設名	
	<input type="checkbox"/> 短期入所型	年 月 日	～	年 月 日	日	
	<input type="checkbox"/> 通所型	年 月 日	～	年 月 日	回	
	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型	年 月 日	～	年 月 日	回	
④世帯収入区分（利用料金は世帯収入により異なることがあります）						
<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 利用料確定のため課税台帳等関係公募の閲覧に同意します。						
<p>上記のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。また、支援のために、私に関する情報について、垂水市及び産後ケアセンター（市が委託する医療機関等）など関係機関が共有することを同意します。</p> <p>垂水市長 殿</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>利用者氏名（押印不要） _____</p> <p>申請者氏名（押印不要） _____</p> <p style="text-align: center;">※利用者と申請者が異なる場合</p>						