

東彼杵町産後ケア事業申請書兼同意書

申請日 年 月 日

東彼杵町長 様

申請者 住所
(自署) 氏名

次のとおり東彼杵町産後ケア事業の利用を申請します。

利用希望者	ふりがな		生年月日	年	月	日	
	母の氏名		(年齢)	(歳)		
	住所	東彼杵町 郷 番地	(電話番号	-	-)	
	里帰り先での利用	有 の場合：住所	市 町 番地	(様方)		
	緊急連絡先	氏名：	続柄 ()	(電話番号	-	-)
	出産医療機関名		出産日	年	月	日	
	ふりがな		在胎日数	出生体重	月齢 (注1)		
	児氏名 (多胎児の場合、 全員を記入)	(第 子)	週 日	g	か月		
申請理由	<input type="checkbox"/> 体調がすぐれない <input type="checkbox"/> 家族などから援助が受けられない <input type="checkbox"/> 産婦人科等にすすめられた <input type="checkbox"/> 授乳について不安がある <input type="checkbox"/> その他 ()						
利用希望のサービス	利用種別・利用回数 (注2)	利用を希望する期間 (注3)		希望する施設等			
	訪問ケア (回分)	年 月 日～ 年 月 日		※希望がある場合のみ記載			
	デイケア ()時間 (回分)	年 月 日～ 年 月 日		※希望がある場合のみ記載			
	ショートステイ (泊分)	年 月 日～ 年 月 日		※希望がある場合のみ記載			
利用内容 複数選択可	① 母体の休息・体調管理の指導 ② 乳房ケア ③ 授乳指導 ④ 沐浴等の育児指導 ⑤ その他の保健指導 ()						
同意欄	<ul style="list-style-type: none"> ・この申請書の内容や情報を委託事業所(者)へ提供すること及び利用者等の健康状態について委託事業所(者)が東彼杵町へ情報提供することに同意します。 ・母子に医療行為が必要と判断された場合、産後ケアが利用できなくなることを了承します。 ・食事、ミルク、衣類、オムツ、駐車場等に係る費用について、医療機関によって実費負担となる場合があることを了承します。 <p style="text-align: right;">署名 (自署)</p>						

注1 産後1年未満までの産婦や乳児が利用の対象となります。

注2 利用種別により限度回数が異なります。訪問ケア、デイケアは併せて5回分、ショートステイは7泊分までの申請が可能です。

注3 事業の利用決定の日や委託事業所との調整等により、利用を希望する日に利用できない場合がありますので、希望する期間に余裕をもってご記入ください。