様式第１号

淡路市産後ケア事業利用申請書

　　年　　月　　日

　淡路市長　様

　私は、次のとおり淡路市産後ケア事業の利用を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利　用　者 | ふりがな  氏名 |  | | | | | | | 生年月日  （年齢） | | 年　　月　　日　（　　歳） | | | | |
| 住所 | 淡路市 | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | | | | | | 利用者との関係 | | | | | | |  |
| 住所　　　　　　　　　　　　　　　（電話：　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 乳児の氏名 |  | | | | | | 乳児の生年月日 | | | | |  | | |
| 出産医療機関等 | |  | | | | | 出生体重 | | | | | ｇ | | |
| 世帯構成 | 氏名 | | | 続柄 | | 生年月日（年齢） | | | | 職業 | | | | | 世帯の区分 |
|  | | |  | | （　　） | | | |  | | | | | 生活保護・その他  ※証明書の提出が必要な場合があります。 |
|  | | |  | | （　　） | | | |  | | | | |
|  | | |  | | （　　） | | | |  | | | | |
|  | | |  | | （　　） | | | |  | | | | |
| 希望する事業 | １　宿泊型  ２　デイサービス（通所）型  ３　アウトリーチ（訪問）型 | | | | 希望する利用日 | 年　　月　　日 | | | | | | 希望する施設名 | | □　聖隷淡路病院  □　さくら助産院  □　淡路医療センター | |
| 年　　月　　日 | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | | | |
| 年　　月　　日 | | | | | |
| 利用申請理由 | １　家族等からの支援を受けることが難しい。  ２　心身の不調がある。  ３　育児や日常生活についての不安がある。  ４　乳房ケアを含む授乳について相談したい。  ５　その他(　　　　　　　　　　　) | | | | | 希望するサービス内容 | １　母親の心身の健康管理と産後の生活に関するアドバイス  ２　適切な授乳が実施できるためのケア（乳房ケア含む。）  ３　乳児の発育や発達、栄養方法の確認  ４　沐浴や授乳等育児の手技についての指導及び相談  ５　その他必要とする育児指導、相談や子育て情報の提供 | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 同　　意　　欄 |
| ①　淡路市産後ケア事業利用申請書及び利用に当たり、必要な情報を、淡路市が事業者に情報提供すること及び事業者が淡路市に対して必要な個人情報を提供すること。  ②　事業の利用に当たり、淡路市が審査に必要な範囲で住民基本台帳による世帯状況を閲覧すること。  上記①②に同意します。　　　　氏名（自署） |