

津久見市産後ケア事業利用申請書兼情報提供等同意書

申 請 書	津久見市長 様										年 月 日		
	＜申請者＞												
	住 所												
	氏 名 (利用産婦との続柄:)												
	TEL - -												
	次のとおり、津久見市産後ケア事業の利用を申請します。												
	(ふりがな) 利用産婦 氏名					生年月日 (西暦)					歳		
	住所		津久見市										
	TEL												
	(ふりがな) 児 氏名					生年月日 (西暦)					第 子		
	出生時の身長・体重		cm		g			在胎週数		週 日			
	(ふりがな) 児 氏名 ※多胎の場合					生年月日 (西暦)					第 子		
	出産時の身長・体重		cm		g			在胎週数		週 日			
	出産した施設名												
	緊急時 連絡先		(ふりがな) 氏名			利用産婦 との続柄		TEL					
			住所	(上記と異なる場合は記入)									
	申請理由		☐ 育児のことが心配 ☐ 授乳がうまくできない ☐ 協力者がいない ☐ 心身を休めたい ☐ その他 ()										
	希望する サービス内容		☐ 母体の身体的ケア ☐ 心理的ケア ☐ 授乳指導(乳房ケア含む) ☐ 沐浴指導 ☐ 育児指導 ☐ その他()										
希望するサービス ※宿泊型、デイサービス型、訪問型合わせて 7回まで		☐ 宿泊型	希望日										
			利用施設				利用回数			回			
		☐ デイ サービス型	希望日										
			利用施設				利用回数			回			
		☐ 訪問型	希望日・ 時間帯	※訪問型は2時間程度/日、多胎の場合は、3時間程度/日を1回とする。									
			利用施設・ 助産師				利用回数			回			
訪問先 の住所	(里帰り先を希望の場合は記入)												
世帯区分		☐ 生活保護世帯 ☐ 生活保護世帯以外											
同 意 欄	1. 産後ケア事業の利用にあたり、市が生活保護の認定状況について調査・閲覧することに同意します。調査の結果、確認ができなかった場合には証明できる書類を提出します。												
	2. 津久見市産後ケア事業の利用にあたり、津久見市から委託医療機関等に対して必要な個人情報を提供をすること、および委託医療機関等が津久見市に対して必要な個人情報を報告することに同意します。												
	3. 利用にあたり、津久見市産後ケア事業利用決定通知書に記載された自己負担額を、利用施設に対して支払うことに同意します。												
	4. 利用にあたり、津久見市産後ケア事業対象外の経費(ミルクやおむつなど消耗品費用)や、きょうだい児の受け入れにかかる費用等は、委託医療機関等の別途請求に応じ、支払うことに同意します。												
	5. 申し込み済の利用日を、やむを得ず変更またはキャンセルする場合は、速やかに委託医療機関等に連絡します。												
年 月 日 氏名													
(代筆者 (利用産婦との続柄))													

市処理欄(以下は記入しないでください)

自己負担区分	☐ 生活保護世帯以外 ☐ 生活保護世帯		
	確認方法	☐ 生活保護担当課に確認 ☐ 生活保護受給証明書	(確認者) 年 月 日 担当者 印