

西之表市産後ケア事業利用申請書兼同意書

申請日 年 月 日

※必要なケアを実施するため、市町村担当者が内容について聞き取りを行います

利用者	母（本人）	氏名				職業			
		生年月日	昭和 平成 年 月 日	年齢	歳	携帯番号			
		住所	自宅 〒891- 西之表市						
			里帰り先で利用する場合：〒 (TEL)						
	既往歴	☐ 無 ☐ 有→「有」の内容：							
児	児の 名前	(第 子)		直近の兄弟 との年齢差	歳	在胎 週数	週	月齢	か月
	出生日	令和 年 月 日		出生 体重	g	出産医療 機関名	・種子島産婦人科医院 ・その他：		
緊急時 連絡先	氏名			続柄			電話 番号		
申請者	☐ 利用者と同一（下の欄に記入不要） ☐ 利用者・緊急時連絡先以外（下の欄に記入） ☐ 緊急時連絡先と同一（利用者と住所が異なる場合、下の住所欄に記入）								
	氏名			続柄			電話 番号		
	住所								
申請内容	①申請理由（複数選択可）								
	☐ 自分の体調が優れない（からだの不調） ☐ 心が不安定だと感じる（心の不調） ☐ 授乳や沐浴など育児について不安がある（育児の不安） ☐ パートナーなど家族の支援が得られにくい ☐ 出産した医療機関等から利用を勧められた ☐ その他：								
確認事項	②①の具体的な内容								
	※内容を確認し、 ☐ にチェックを付けてください。								
	☐ 下記内容を確認しました。 ・利用できる産後ケア事業の種類：ショートステイ型、デイサービス型、アウトリーチ型 ・利用できる期間：利用申請書を提出した次の日から1歳の誕生日の前の日まで ・利用日数：合計7日まで（ショートステイ型の1泊2日は2日とカウント） ☐ 下記内容に該当しません。 ・母子のいずれかが感染性疾患（麻しん、風しん、インフルエンザ等）に罹患している ・母親に入院加療の必要がある ・心身の不調や疾患があり、医療的介入（病院受診や入院）の必要があると言われている ☐ 下記内容に同意します。 支援のために、市町村・産科等医療機関・産後ケア実施施設など関係機関が情報を共有すること								