第１号様式（第６条関係）

**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 | 年齢 | 歳 | 携帯番号 |  |
| 平成　　　年　　月　　日 |
| 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） | 直近の兄姉との年齢差 | 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 | ☐ 利用者と同じ（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）☐ 緊急時連絡先と同じ（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：  |
| ②①の具体的な内容 |
|  |
| 確認事項 | ※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 |