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 | | | | | | | | | | | | | | | | |