

年 月 日

八幡市長様

八幡市産後ケア事業利用申請書兼情報提供等同意書

八幡市産後ケア事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

申請者	(フリガナ) 氏名			
	生年月日(年齢)	年 月 日 (歳)		
	住所	八幡市 電話番号		
	緊急連絡先	氏名	(申請者との関係)	
		住所		
		電話番号		
	(フリガナ) 乳児の氏名		出産日 (出産予定日)	年 月 日 (年 月 日)
出産医療機関				
妊娠期間	週 日	出生体重	g	
サービスの種類	<input type="checkbox"/> 短期入所型 <input type="checkbox"/> 居宅訪問型			
利用希望日時等				
利用申請理由	<input type="checkbox"/> お母さんの体調不良 <input type="checkbox"/> 育児手技の相談 <input type="checkbox"/> 授乳についての相談 <input type="checkbox"/> 乳房の状態の確認・相談 <input type="checkbox"/> その他 ()			
世帯区分 いずれかに☑をつけてください。	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯			
世帯構成	氏名	続柄	生年月日(年齢)	職業等
			年 月 日 ()	
			年 月 日 ()	
			年 月 日 ()	
			年 月 日 ()	

利用にあたっての参考にさせていただきます。下記についてお答えください。

① 体調不良や不安がありますか？ はい ・ いいえ

はいの方はどのようなことですか？

[]

② 今までにかかった、又はかかっている病気がありますか。 はい ・ いいえ

(例) 心臓病・腎臓病・糖尿病等

[]

③ 今までに心理的な、あるいは精神的な問題で、カウンセラーや精神科医師、または心療内科医師などに相談したことはありますか？

はい ・ いいえ

はいの方はどのような内容ですか？

[]

④ 家族等から家事や育児等の協力は十分得られていますか？ はい ・ いいえ

いいえの場合、協力が得られない理由はなんですか

[]

⑤ 食べ物について、アレルギー等配慮が必要なことはありますか？ はい ・ いいえ

[]

⑥ 赤ちゃんのことで伝えておきたいことや心配なことがあればお書きください。

[]

<同意欄>

- ① 八幡市産後ケア事業の利用にあたり、八幡市が委託医療機関等に対して必要な個人情報を提供すること、及び医療機関等が八幡市に対して必要な個人情報を提供すること。
- ② 八幡市が八幡市産後ケア事業に係る申請の事務処理のために、申請者及びその世帯員に係る税情報を調査・閲覧し、当該調査で確認できない場合は申請者が必要な書類を提出すること
- ③ 利用決定後、利用日をやむを得ず変更又はキャンセルする場合は、すみやかに当該施設に連絡すること
- ④ 利用負担金を支払うこと

上記①②③④について、同意いたします。

令和 年 月 日

住所 _____

氏名 _____