

長瀬町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

長瀬町長 様

申請者 _____
 (利用者との関係 _____)

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。
 なお、利用に際し以下の同意事項に同意します。

利用種別 希望する事業者	<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> 通所型 <input type="checkbox"/> 訪問型 (_____)		
ふりがな	_____	生年月日	年 月 日
利用者氏名 (母親)	_____	電話番号	_____
住 所	_____		
緊急連絡先 (本人以外)	☎ 氏名 (_____)	利用者との関係 (_____)	
母の状況	妊娠中の異常	有 (_____)	・無
	既往歴	有 (_____)	・無
	内服中の薬	有 (_____)	・無
ふりがな	_____	生年月日	年 月 日
子の氏名	_____	性別	男 ・ 女
出産 (予定) 日	年 月 日	退院日	年 月 日
出産 (予定) 施設名	_____	出生体重 g	_____
	_____	出生時の異常の有無 (_____)	
負担額区分	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 町民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯		
申請理由	<input type="checkbox"/> 出産後の身体等の回復に不安があるため <input type="checkbox"/> 育児について不安があるため、具体的な指導、助言を受けたい <input type="checkbox"/> 日常生活について不安があるため <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
希望する支援	<input type="checkbox"/> 母子の健康管理 <input type="checkbox"/> 生活面の指導 <input type="checkbox"/> 乳房管理 <input type="checkbox"/> 授乳等の育児指導 <input type="checkbox"/> 沐浴指導 <input type="checkbox"/> 療養上の援助 <input type="checkbox"/> その他必要な支援 (具体的な内容 _____)		
産後ケア事業の利用時に体調不良があった場合の連絡先医療機関			
医療機関名 (母:	_____	☎	_____)
(子:	_____	☎	_____)
同意事項			
1 本申請書の内容を産後ケア事業を実施する医療機関等に提供すること、また、産後ケア事業を実施する医療機関等から町が利用状況の報告を受けること。			
2 利用者負担額にかかる世帯区分を確認するために、町が住民基本台帳及び課税台帳等関係公簿を閲覧すること。			

※ 町記入欄

申請受理月日	受付印	受付者
要件確認	<input type="checkbox"/> 住基確認 <input type="checkbox"/> 負担額区分 (課税世帯 ・ 町民税非課税世帯 ・ 生活保護世帯)	
審査結果	<input type="checkbox"/> 利用承認 <input type="checkbox"/> 利用不承認	
備考		