

野洲市産後ケア事業利用申請書兼同意書

野洲市長 様

申請者（本人）

住所

氏名

連絡先（電話）

野洲市産後ケア事業実施要綱第7条第1項の規定により、下記のとおり利用申請します。

記

利用希望者（母親）	ふりがな 氏名		生年月日	年	月	日			
	住所	電話					— —		
	出産医療機関名		出産日	令和	年	月 日			
	ふりがな 児の氏名	男 ・ 女 （第 子）	在胎週数	週	出生体重	g			
	ふりがな 児の氏名	男 ・ 女 （第 子）			出生体重	g			
利用希望 （短期入所・ 通所合わせて 7日間限度）	短期入所 （ショート ステイ）型	令和	年	月	日（ 日目）	～ 令和	年	月	日（ 日目）
	通所（デイ サービス） 型	令和	年	月	日（ 日目）	～ 令和	年	月	日（ 日目）
特に利用を希望する項目	(1)産婦の心身、栄養、生活相談 (2)授乳相談、簡単な乳房ケア (3)沐浴等の育児指導 (4)乳児の発達、育児相談 (5)その他（ ）								
世帯区分	<input type="checkbox"/> 住民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯・住民税非課税世帯								

同意書

- ・世帯構成について、市が調査を行うことに同意します。
- ・世帯構成員の市町村民税課税状況（生活保護を受給している場合は、生活保護の受給状況を含む。）について、市が調査を行うことに同意します。
- ・この申請書の内容及び事業の利用に必要な情報を野洲市産後ケア事業実施事業者提供すること及び利用者の健康状態等について事業者が市に情報提供することに同意します。
- ・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）にり患している場合は、利用できないことに同意します。
- ・利用者の都合により、日程を変更又は利用を中止する場合において、事業者の指定の期日までに連絡がない場合は、事業者が定めるキャンセル料を支払うことに同意します。

氏名

印

（署名又は記名押印）

※この同意書は、野洲市産後ケア事業における利用者負担額免除の可否等を決定するために使用します。

【問診項目】 産後ケア事業の利用申請に当たり、以下についてお答えください。

1 産後ケア事業を利用されたい理由をご記入ください

( )

2 現在、悩みや困っていることはありますか。

いいえ・はい→ ( )

3 過去に大きな病気をしたことがある、または現在通院中、服薬中の病気はありますか？

いいえ・はい→ ( 疾患名・服薬内容等 )

4 現在までに、カウンセラーや心療内科、精神科クリニック等に相談したことがありますか？

いいえ ・ 過去に相談していた ・ 現在、相談している

5 お子さんについて、産院または小児科から伝えられていることはありますか？

いいえ・はい→ ( )

6 お子さんの直近に計測された体重を教えてください。

直近の測定 ( ) g ・ ( ) 月 ( ) 日測定)