

松浦市産後ケア事業利用申請書兼同意書

申請日 年 月 日

松浦市長 様

申請者 住所
(自署) 氏名

(利用者との続柄:)

電話番号 ()

緊急連絡先 (氏名 続柄)

電話番号 ()

次のとおり松浦市産後ケア事業の利用を申請します。

利用者	ふりがな		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
	母の氏名			
	住所	松浦市 町 番地 (電話番号: - -)		
		里帰り先での利用(なし・あり) 「あり」の場合: 住所 市 町 番地 (様方)		
	出産医療機関名		出産日	年 月 日
	ふりがな		在胎週数	出生体重 月齢(注1)
	児氏名 <small>(多胎児の場合全員を記入)</small>	(第 子)	週 日	g か月
申請理由	<input type="checkbox"/> 家族などから援助が受けられない <input type="checkbox"/> 体調がすぐれない <input type="checkbox"/> 授乳・育児について不安がある <input type="checkbox"/> その他 ()			
利用を希望するサービスの内容等	利用種別・利用回数(注2)	利用を希望する期間(注3)		希望する施設等
	<input type="checkbox"/> ショートステイ	年 月 日 ~ 年 月 日		第1希望() 第2希望()
	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> (3時間まで) <input type="checkbox"/> (7時間まで)	年 月 日 ~ 年 月 日		第1希望() 第2希望()
	<input type="checkbox"/> 訪問ケア (2時間まで)	年 月 日 ~ 年 月 日		*希望がある場合のみ記載
利用内容(注4)	<input type="checkbox"/> 母体管理、生活指導 <input type="checkbox"/> 乳房管理 <input type="checkbox"/> 沐浴、授乳等の育児指導 <input type="checkbox"/> その他の保健指導 ()			
世帯区分(注5)	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯			
同意欄	<p>・利用者負担金は、私が直接委託事業所(者)へ支払います。</p> <p>・この申請書の内容や情報を委託事業所(者)へ提供すること及び利用者等の健康状態について委託事業所(者)が松浦市へ情報提供することに同意します。</p> <p>・母子に医療行為が必要と判断された場合、産後ケア事業が利用できなくなることを了承します。</p> <p>・公簿により利用者の属する世帯の構成員の課税の状況及び世帯状況を、調査することに同意します。</p> <p>・生活保護適用(世帯全員)の有無、課税情報について、関係機関へ照会することに同意します。</p> <p style="text-align: right;">氏名: _____ (自署)</p>			

注1 産後1年未満までの産婦や新生児及び乳児が利用の対象となります。

注2 該当する箇所を☑をご記入ください。

注3 事業の利用決定の日や委託事業所との調整等により、利用を希望する日に利用できない場合がありますので、希望する期間に余裕をもってご記入ください。

注4 希望する利用内容に☑をご記入ください。(複数可)

注5 利用者が市町村民税非課税・生活保護世帯に属する場合は、市が定める利用者負担金は免除となります。

*生活保護を受給されている方は、生活保護受給者証(写し)を添付してください。