

産後ケア事業利用申込書

年 月 日

(宛先) 中井町長

住 所 中井町

申込者 氏 名

電話番号

中井町産後ケア事業の利用について、次のとおり申し込みます。

| | | | | | |
|---------------|----|---|--------------|-------------|--|
| 利用者 | 母親 | (ふりがな) 氏 名 | | | |
| | | 生年月日 | S・H | 年 月 日 (歳) | |
| | 子 | (ふりがな) 氏 名 | | (双子) | |
| | | 生年月日 | 年 月 日 (第 子) | 年 月 日 (第 子) | |
| 緊急連絡先 | | (ふりがな) 氏 名 | (利用者との関係 :) | 電話番号 | |
| 希望事業 | | <input type="checkbox"/> 訪問型 <input type="checkbox"/> 宿泊型 施設名 () | | | |
| 申込理由 (複数可) | | <input type="checkbox"/> 産後に心や身体の不調を感じている。 <input type="checkbox"/> 育児に自信がない、不安になる。 <input type="checkbox"/> 授乳について困っている。 <input type="checkbox"/> サポートしてくれる人や相談できる人が身近にいない。 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 初回利用希望日 | | 年 月 日頃 | | | |

【利用者の同意欄】 申込みに当たり、以下の事項に同意します。

次の全てにチェックをお願いします。

- 持病がある場合は、主治医の許可を得ていること。また、母子のいずれかが感染症の疑いがある場合は利用できないこと。
- 医療行為は受けられないこと。
- 審査のため、町長が利用者の住民基本台帳による世帯状況及び利用者の属する世帯の課税状況について確認すること。
- よりよい支援を目的に、本申込書及び妊娠中から産後の町健康課が管理する記録等の内容について、事業者と情報共有すること。また、事業者から町が報告を受けること。
- 「産後ケア利用の手引」を読み、内容を理解していること。