

## 大和高田市産後ケア事業利用申請書

大和高田市産後ケア事業実施要綱第7条の規定により事業の利用を次のとおり申請します。

申請者 (利用者)	申請日	年 月 日			
	氏名	ふりがな			
	住所	大和高田市			
	生年月日	年 月 日( 歳)			
	電話番号	本人			
		緊急連絡先	(氏名 続柄 )		
	出産病院				
	乳児	氏名	ふりがな		
			(男・女 第 子)		
		生年月日	年 月 日( カ月)		
出産時の状況		週数	週	体重	g
	異常	有りの場合( )			
乳児 (※双胎の場合)	氏名	ふりがな			
		(男・女 第 子)			
	生年月日	年 月 日( カ月)			
	出産時の状況	週数	週	体重	g
異常		有りの場合( )			
世帯区分	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯				
母子以外の世帯構成 (配偶者など)	氏名	年齢	続柄	備考	
申請理由	<input type="checkbox"/> 育児に不安を抱えているため <input type="checkbox"/> 休息を必要としているため <input type="checkbox"/> その他( )				

利用を申請するにあたり、次に掲げる事項を遵守し、又は同意します。

- ①世帯区分を確認するために必要な範囲内で住民基本台帳及び課税台帳等関係公募を閲覧し、申請者に必要な資料の提出を求めること。
- ②事業に必要な範囲内で大和高田市が利用施設に対して個人情報を提供し、又は利用施設が大和高田市に対して個人情報を提供すること。
- ③事業の利用時に、利用施設に対して要綱で定められた利用者負担金を支払うこと。
- ④事業の利用中に体調不良等の理由で利用を中止する場合においても、利用者負担金を全額支払うこと。
- ⑤利用日の前々日(土日祝日を除く。)の17時を過ぎて利用日の変更又は利用を中止した場合においても、利用者負担金を全額支払うこと。
- ⑥事業の利用中に入院加療が必要と認められた場合、利用施設での対応が困難であれば、別の医療機関の受診勧奨を行う場合があること。

年 月 日 申請者(利用者)氏名

# 大和高田市産後ケア事業情報提供書

ご利用にあたって、下記の質問にお答えください。

希望内容	<input type="checkbox"/> 授乳のこと（ <input type="checkbox"/> 授乳方法 <input type="checkbox"/> ミルクのこと <input type="checkbox"/> 搾乳 <input type="checkbox"/> 乳房マッサージ） <input type="checkbox"/> 育児のこと（ <input type="checkbox"/> 沐浴 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 休養） <input type="checkbox"/> からだのサポート <input type="checkbox"/> こころのサポート <input type="checkbox"/> その他（ ）		
食事	アレルギー・禁止食の有無	有 ・ 無 有の場合は母子のどちらかでどのようなものを記入（ ）	
	食事の好み	苦手なもの（ ） 味付け(薄い・普通・濃い) 嗜好品(コーヒー・紅茶・水・麦茶) こだわり（ ）	
母の既往歴			
母の現病歴 (通院・内服・サプリメント)	経過をみている（ ）ヶ月に1回受診 内服治療中 その他		
子の既往歴・現病歴	経過をみている（ ）ヶ月に1回受診 内服治療中 その他		
●現在、困っていること・不安なことなどお書きください。 <input type="checkbox"/> 子どものこと( <input type="checkbox"/> 発育 <input type="checkbox"/> 発達 <input type="checkbox"/> その他（ ）) <input type="checkbox"/> 自分自身の身体面・精神面 <input type="checkbox"/> 配偶者/パートナーとの関係 <input type="checkbox"/> 実父母/義父母との関係 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
●この1か月間、気分が沈んだり憂鬱 <sup>ゆううつ</sup> な気持ちになったりすることがよくありましたか？ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
●この1か月間、どうしても物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか？ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
●今までにこころのことでカウンセラー、心療内科、精神科等に相談したことがありますか。 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ありの場合は いつ頃 症状 病院 内服(有・無)			
●上記以外に、利用施設に伝えたいことがあればご自由にお書きください。			

※市記載欄 以下は、記入しなくてください。

住民基本台帳 有・無（校区 ）  
母子健康手帳 No.（ ）  
非課税確認 該当・非該当（申告があった場合のみ）  
来所者（本人・夫・パートナー・家族 ）

その他備考

受付日（ ）年（ ）月（ ）日 受付者（ ）

申請者本人確認書類【顔写真つき（1種類）】	【顔写真なし（2種類）】
<input type="checkbox"/> 運転免許証（運転経歴証明書） <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード（写真付） <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者・精神障害者保健福祉手帳・療育手帳 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 健康保険証等 <input type="checkbox"/> マイナンバー通知カード <input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書・特別児童扶養手当証書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者証 <input type="checkbox"/> 本市の送付した健(検)診票 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> その他（ ）