

## 佐々町産後ケア事業利用申請書兼同意書

申請日

年 月 日

佐々町長 様

申請者 住所

(自署) 氏名

(申請者との続柄: )

電話番号 ( )

次のとおり佐々町産後ケア事業の利用を申請します。

申請者	ふりがな		生年月日	年 月 日 ( 歳)		
	母の氏名		(年齢)			
	住所	北松浦郡佐々町 免 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 (多胎児の場合全員を記入)	(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"/> 産婦人科医等から利用をすすめられた <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 今回は <input type="checkbox"/> 1回目・ <input type="checkbox"/> 2回目	年 月 日 ~ 年 月 日 (うち 日間)		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 (うち 回)		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 (うち 回)		*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 ( )					
同意欄	・利用者負担金は、私が直接委託事業所(者)へ支払います。 ・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)が佐々町へ情報提供することに同意します。 ・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。 署名: (自署)					
	(生活保護の適用を受けている場合は、記入してください。) ・生活保護適用(世帯全員)の有無について、関係機関へ照会することに同意します。 署名: (自署)					

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 該当する箇所にご記入ください。

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ご記入ください。(複数可)

\*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。