

第1号様式（第6条関係）

産後ケア事業利用申込書

年 月 日

(宛先)
秦野市長

住 所 秦野市
申込者 氏 名
電話番号

秦野市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 | |
| 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 | | | |
| 希望の方法 | | デイサービス（日帰り）型 <input type="checkbox"/> 助産院等 <input type="checkbox"/> 保健福祉センター アウトリーチ（訪問）型 <input type="checkbox"/> 助産院等 <input type="checkbox"/> 相談して決めたい。 | | | |
| 【利用者の同意欄】 この申込みに関する、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。 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 医療行為は受けられないこと。 <input type="checkbox"/> 審査のため、市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。 <input type="checkbox"/> よりよい支援を目的に、本申込書及び妊娠中から産後の市こども家庭支援課が管理する記録等の内容について、支援者（助産院を含む。）が情報共有すること。また、助産院を利用した場合は、助産院から市が報告を受けること。 <input type="checkbox"/> 「産後ケア利用の手引」を読み、内容を理解していること。 | | | | | |