

別 記

第 1 号様式 (第 6 条第 1 項)

年 月 日

浦安市長 あて

申請者 住 所

氏 名

(利用者との関係)

電 話

浦安市宿泊型産後ケア事業利用登録申請書 (東京ベイ・浦安市川
医療センター)

次のとおり、産後ケア事業 (市民・里帰り) を利用したいので、申請します。

(フリガナ) 利用者氏名		生 年 月 日	S/H 年 月 日 (歳)
出 産 (予 定) 日	年 月 日	退 院 (予 定) 日	年 月 日
出 産 (予 定) 施 設 名			
利 用 希 望 期 間	年 月 日 ~	年 月 日	(日間)
申 請 理 由 (具体的に記入してください。)			
利用者負担額区分 (※里帰りの場合、2又は3に該当する方は、証明する書類を添付すること。)	1. 住民税課税世帯 2. 住民税非課税世帯 3. 生活保護世帯		
緊 急 連 絡 先	住所) 氏名) 電話) 続柄)		
母 子 手 帳 番 号			

※ 里帰りの場合は、下記も必ずご記入ください。

(フリガナ) 利用者の親の氏名		利用者の親の 生 年 月 日	S/H 年 月 日 (歳)
里 帰 り 先 の 住 所	電 話 ()		

(注) この申請書を提出するときは、母子健康手帳をお持ちください。

申し込み後、利用承認通知書を送付します。里帰りの場合は、里帰り先の住所のみ対応とします。

■母の体調等について（該当項目に○）

①通院している： はい（病名： 病院名： ） ・ いいえ

②薬を内服している： はい（薬剤名： ） ・ いいえ

③障がい者手帳等を持っている： はい（種類： ） ・ いいえ

④アレルギーの有無： 有（種類： ） ・ 無

⑤ケアや食事の際に配慮が必要な場合は記入してください。

（ ）

⑥その他心配事等があれば記入してください。

（ ）

■産後ケア事業を利用する場合、どのようなサービスを受けたいですか？

（該当項目に○）

①助産師によるお母さんの健康相談 ②赤ちゃんのケア ③授乳指導

④沐浴指導 ⑤育児相談 ⑥家族への育児指導 ⑦地域の子育て支援情報の紹介

⑧その他（ ）

同意書

私は当申請に関し、次の事項に同意します。

氏名 _____ **(本人)**

(1)このサービスを利用するために、私の情報をサービス提供する施設等に必要範囲内で提供すること。

(2)サービスを提供する施設から市に利用状況を報告すること。

(3)住民税の確認が必要な場合は、必要範囲で私の世帯の課税台帳を閲覧すること。

(4)産後ケア施設退所時に利用者負担金(実費相当分)を施設に払うこと。

(5)乳児期家庭訪問事業等、保健サービス提供のために、利用時の状況について関係部署に情報提供すること。

※意見欄（記入しないでください。）