

(様式1号-1)

三田市産後ケア事業 利用申請書兼情報提供同意書

三田市長 様

年 月 日

次のとおり三田市産後ケア事業の利用を申請します。 [新規 追加]

利用希望者 (母親・乳児等)	ふりがな 氏名		生年月日	年	月	日 (歳)
	住所	〒		電話		
	出産医療機関	出産日		□ 帝王切開 年 月 日 (在胎 週)		
	ふりがな 児氏名	(第 子)	性別	男・女	出生 体重	g
	多胎の場合 ふりがな 児氏名	(第 子)	性別	男・女	出生 体重	g
兄弟利用の場合 ふりがな 児氏名	※兄弟利用は、別途自己負担があります。また、実施機関は少ないため、利用出来ない場合があります。					
世帯構成	氏名	利用者(養育者)との続柄	生年月日	年齢	職業	
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
※上記以外の同居家族			年 月 日			
世帯の区分	該当する世帯区分のいずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。 ※証明書の提出が必要な場合があります。 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他(課税世帯)					

【初回利用希望サービス】

三田市	初回利用希望サービス			初回利用希望事業所	<利用上限>
	<input type="checkbox"/> 宿泊型	<input type="checkbox"/> 通所型	<input type="checkbox"/> 訪問型		宿泊型・通所型合わせて7日(多胎児の場合は10日) 訪問型は14時間(多胎児の場合は20時間)
申請理由・利用目的	<input type="checkbox"/> 母の体調管理 <input type="checkbox"/> 栄養相談 <input type="checkbox"/> 心の休息 <input type="checkbox"/> 身体の休息 <input type="checkbox"/> 乳房ケア <input type="checkbox"/> 授乳相談 <input type="checkbox"/> 発達発育チェック・相談 <input type="checkbox"/> 離乳食相談 <input type="checkbox"/> 育児相談 <input type="checkbox"/> 沐浴指導 <input type="checkbox"/> その他 ()				

【転入前の利用状況等】※産後に三田市へ転入された方のみお答えください。

転入前の利用状況	<input type="checkbox"/> 宿泊型	利用の有無	無	転入前の利用日	(日)	転入前に産後ケア事業を利用している場合は、上記の利用上限の利用日数及び時間数から、他の市区町村で利用助成を受けていた日数及び時間数を減じた日数等を上限とします。
	<input type="checkbox"/> 通所型	利用の有無	無	転入前の利用日	(時間)	
	<input type="checkbox"/> 訪問型	利用の有無	有	転入前の利用日	(時間)	

※転入後、三田市での利用の上限を決定するために、転入前の利用状況がわかるものを添付してください。

例) 母子健康手帳の「産後ケアの記録」欄又は産後ケア事業利用の記録等利用状況等

同意書	<p>① 本申請に関する内容を三田市産後ケア事業実施事業者へ提供すること及び利用者の健康状態等について事業者から三田市に情報提供することに同意します。</p> <p>② 申請にあたり、住民基本台帳による世帯状況、世帯全員の市民税課税状況を調査することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">利用者氏名 _____</p>
留意事項	<p>・利用日数(時間)のみ申請の場合は、利用券受領後、自ら予約を取る必要があります。</p> <p>・三田市に実施機関への予約も含め依頼し申請する場合は、早めの申請をお願いします。</p>

【裏面の利用アンケートも記入ください】

三田市産後ケア事業利用【事前】アンケート

産後ケア事業を利用するにあたっての参考にさせていただきます。下記についてお答えください。

【ご自身について】

(1) 体調不良や不安はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい →		〔		〕
(2) 過去に大きな病気をされたこと(または、治療中の病気)はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい →	(いつ頃:	病名:)
(3) こころの不調で、カウンセリングや心療内科、精神クリニック等に相談したことがありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 過去に相談したことがある <input type="checkbox"/> 現在、相談している →	(いつ頃から:)	(医療機関名:)
(4) 妊娠時の感染症の検査で陽性だったものはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (具体的に:)
(5) 食物等のアレルギーはありますか (具体的に:)
(6) 里帰りをしていますか	〔 帰り先:	<input type="checkbox"/> 実家 <input type="checkbox"/> 義実家		〕
<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい →	〔 里帰り予定期間:	月 日 ~ 月 日		〕
(7) 家事: 育児など周囲の援助はありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらともいえない <input type="checkbox"/> ある (主な援助者:)
(8) ご自身のことで、相談したいことはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい →		〔		〕

【お子さんについて】

多胎児の場合は、それぞれで記入ください

	児氏名:	児氏名:
(1) 出生時の異常の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ↓ 〔	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ↓ 〔
(2) お子さんの体調やお子さんのケアで配慮が必要なことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ↓ 〔	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ↓ 〔
(3) 授乳・離乳食の状況	<input type="checkbox"/> 母乳 時間毎 回 / 日 <input type="checkbox"/> ミルク ml / 回、回 / 日 <input type="checkbox"/> 離乳食 回 / 日 形状(初期・中期・後期) 〔すでに食べている食材〕	<input type="checkbox"/> 母乳 時間毎 回 / 日 <input type="checkbox"/> ミルク ml / 回、回 / 日 <input type="checkbox"/> 離乳食 回 / 日 形状(初期・中期・後期) 〔すでに食べている食材〕
	食物アレルギーはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ↓ 〔具体的に〕	食物アレルギーはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ↓ 〔具体的に〕
(4) 排泄状況	便: 回 / 日 尿: 回 / 日	便: 回 / 日 尿: 回 / 日
(5) 育児について、不安に思っていることや困っていること相談したいことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → 〔具体的に〕	

ご協力ありがとうございます