

(利用者→市)

三田市長あて

年 月 日

三田市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

申請者 住所

氏名

電話番号

次のとおり三田市産後ケア事業[宿泊型・通所型（半日）・通所型（1日）・訪問型]の利用を申請します。

利用者希望者	フリガナ 母の氏名	生年月日			生まれ（ 歳）	
	住 所	〒 三田市			電話	
		緊急連絡先氏名		利用者との関係（ ）		
	電話					
	出産日	出産場所				
フリガナ 児の氏名				在胎週数	週 日	
				出生時体重	g	
世帯構成	氏名	続柄	生年月日	職業		
世帯の区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他					
添付書類	※世帯区分が①または②の場合のみ <input type="checkbox"/> 生活保護適用証明書 <input type="checkbox"/> 市民税非課税証明書（世帯全員分）					
同意欄	<input type="checkbox"/> 本事業の利用にあたり、三田市が産後ケア事業受託機関に対して必要な個人情報（本利用申請書兼情報提供同意書等）を提供すること及び受託機関が三田市に対して必要な個人情報を提供することに同意します。 署名 _____ <input type="checkbox"/> 三田市産後ケア事業の利用に係る審査に必要な場合は、世帯全員の市民税課税状況及び生活保護の受給状況について調査することに同意します。 署名 _____					

利用希望される型

希望実施施設

希望日（申請後委託機関との調整になります）

第一希望

第二希望

【訪問型希望の方】 自宅近くに訪問員用の駐車スペースはありますか はい・いいえ

産後ケアで希望する内容

【母に関すること】

1. 産後の母体管理及び生活面の指導
2. 乳房ケア・乳房トラブルに関する相談
3. 心理面のケア
4. その他

)

【児に関すること】

1. 発育・発達に関すること
2. 体重・排泄の観察
3. スキンケアに関する相談
4. その他

【母児に関すること】

1. 授乳方法

2. 沐浴指導

3. 在宅での子育て・生活の仕方に関する相談・指導

4. その他

その他不安なことや相談したいことなどなにかありましたらご記入ください。

--

食事にアレルギーはありますか 【有・無】

あれば具体的にご記入ください

--

ヒアリングの連絡が付きやすい時間帯・曜日		月	火	水	木	金
	09:00~12:00					
	13:00~17:00					

☆ヒヤリングシート（以下の内容を申請書とあわせて確認する）

三田市に住民登録がありますか（母児ともに）	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
訪問型の場合訪問先は三田市内の住所ですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
産後4か月（5か月の前日）までのあかちゃんとお母さんですか	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
入院や治療が必要	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある
感染症がない	<input type="checkbox"/> ない	<input type="checkbox"/> ある

伝達事項

- 後日、利用承認通知書を郵送します
- 日程・時間等を実施施設と調整していただきます
- 実施機関への個人情報提供・世帯の課税情報に関して再度確認する
- キャンセルの場合は、なるべく早く連絡してください
- 利用後、市より「納付書」を郵送しますので、期日までに納付書で入金してください

【職員確認欄】

受付日		サイン・日付
住民登録確認	<input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 未確認	
産後ケア対象者確認	<input type="checkbox"/> 確認 <input type="checkbox"/> 未確認	
課税状況確認	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯	