（様式1号－1）

高砂市産後ケア事業　利用申請書兼情報提供同意書

高砂市長様

　　年　　月　　日

次のとおり高砂市産後ケア事業の利用を申請します〔□新規　□2回目以降〕

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用希望者 |  |  | 生年月日 | 　　　　年　　月　　日　（　　歳） |
| 住　所 | 〒高砂市電話　　　　　　　　　　　　　　※　里帰り先で利用希望の場合：住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　(　　　　)　様方　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　緊急連絡先氏名　　　　　　　　　申請者との関係（　　　）　電話 |
| 出産医療機関 |  | 出産日 | □帝王切開　　　　年　　月　　日（在胎　　　週） |
|  | （第　　子） | 男・女 | 出生体重 |  |
| 多胎の場合 | （第　　子） | 男・女 | 出生体重 |  |
| ※　兄姉利用の場合 | （第　　子） | 男・女 | 生年月日 | 　　　年　　月　　日※兄姉利用は、オプションサービスになります。また実施機関は少ないため、利用できない場合があります。 |
| 家族構成* 上記以外の

同居家族 | 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 |  |  |
|  |  | 年　　月　　日 |  |  |
| 世帯の区分 | 該当する世帯区分のいずれかに☑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。* 生活保護世帯　　　　□　市民税非課税世帯　　　□　その他（課税世帯）
 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（※1）ご希望に添えない場合もありますので、予めご了承下さい。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用希望サービス | 種別 | 申請内容 | 利用希望日（※1） | 希望事業所名（※1） |
| □宿泊型 | □　実施機関の予約依頼・申請 | 月　　日　～　　月　　日　　　　　（　　泊　　日） | 第1希望第2希望 |
| * 利用日数のみ申請
 | 　　　日間　　　　　　　　　※利用券受理後、自ら予約をします。 |
| □通所型 | □　実施機関の予約依頼・申請 | 月　　日　（　　時間）月　　日　（　　時間） | 第1希望第2希望 |
| * 利用時間数のみ申請
 | 時間かつ　　回以内　　※利用券受理後、自ら予約をします。 |
| □訪問型 | □　実施機関の予約依頼・申請 | 月　　日　（　　時間）月　　日　（　　時間） | 第1希望第2希望 |
| * 利用時間数のみ申請
 | 　　　時間かつ　　回以内　　※利用券受理後、自ら予約をします。 |
| 申請理由・利用目的 | * 母の体調管理　　□　栄養相談　　□　心の休息　　□　身体の休息
* 乳房ケア　　　　□　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）
 |
| 同意書 | * 本申請に関する内容を高砂市産後ケア事業実施事業者に提供すること及び利用者の健康状態等について、事業者から高砂市に情報提供することに同意します。
* 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及び生活保護受給状況を調査　することに同意します。
 |
| 留意事項 | ・利用日数（時間）のみ申請の場合は、利用券受理後、自ら予約を取る必要があります。・高砂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。 |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　【裏面の利用アンケートも記入ください】

高砂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　　　□　いいえ　　　□　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　　　□　いいえ　　　□　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　　　□　いいえ　　　□　過去に相談したことがある　⇒　（いつ頃：　　　　　　　　　　　　　　　　）□　現在、相談している　　⇒　（いつ頃から：　　　　　　　　医療機関：　　　　　　　　　　　）（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　　　□　いいえ　　　□　はい　⇒　（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）（5）食物等のアレルギーはありますか　　　□　いいえ　　　□　はい　⇒　（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） (6) 家事・育児など周囲の援助はありますか　　　□　いいえ　　　□　どちらともいえない　　　□　ある（主な援助者：　　　　　　　　　　　　　） (7) ご自身のことで、相談したいことはありますか　　　□　いいえ　　　□　はい　⇒　 |

【お子さまについて】　　　　　　　　　多胎児の場合は、それぞれで記入してください

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 児氏名： | 児氏名： |
| （1）出生時の異常の有無 | * なし　　□あり⇩
 | * なし　　□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 | * いいえ　　□　はい⇩
 | * いいえ　　□　はい⇩
 |
| (3)授乳・離乳食の状況 | * 母　乳　　　　回/日
* ミルク　　　　ml/回、　　回/日
* 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□　いいえ　　□　はい⇩具体的に | * 母　乳　　　　回/日
* ミルク　　　　ml/回、　　回/日
* 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□　いいえ　　□　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 | * いいえ
* はい　⇒　　具体的に
 |

ご協力ありがとうございます。