

宇土市長 様

住所
 申請者 氏名
 連絡先
 （利用予定者との関係： ）

産後ケア事業利用申請書兼同意書

次のとおり産後ケア事業を利用したいので、宇土市産後ケア事業実施要綱第6条の規定により申請します。

利用 予 定 者	母子健康手帳番号	No.		
	ふりがな 氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
	住所	宇土市		
	緊急連絡先	氏名： 利用予定者との関係（	電話： ）	
	出産医療機関名		出産日	年 月 日
	ふりがな 児氏名 <small>(多胎児の場合全員を記入)</small>		在胎週数 週 日	出生体重 g 月 齢 か月
	申請理由	<input type="checkbox"/> 家族等から十分な支援が受けられない <input type="checkbox"/> 産後、心身の不調がある <input type="checkbox"/> 産後、育児不安等がある <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	アレルギーの有無	無 ・ 有（ ）		
利用 種 別 ・ 希 望 日	訪問ケア (訪問型)	年 月 日 (利用日数 日目/3日中)		
	デイケア (通所型)	年 月 日 (利用日数 日目/3日中)		
	ショートステイ (宿泊型)	年 月 日～ 年 月 日 (泊日) (利用日数 泊目/6泊中)		
世帯区分		<input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯		
同意欄	私は、産後ケア事業の利用申請に当たり、次の事項に同意します。 1 宇土市が住民基本台帳等により、利用予定者の世帯状況及び所得状況について調査すること。 2 利用種別の決定又は調整が希望に添えない場合があること。 3 利用予定者の情報を必要な範囲で看護ケア助産師又は受託事業者に対し提供すること。 4 利用時の状況及び利用の結果得られた情報について、今後の子育て支援のために関係機関と情報共有すること。 申請者署名			