

年 月 日

あて先) 石狩市長

石狩市産後ケア事業（宿泊型・訪問型）利用申込書

次のとおり、石狩市産後ケア事業の利用を申請します。

※太枠の中を記入してください。

（ふりがな） 利用者氏名	（ ）	生 年 月 日	年 月 日
連 絡 先	〒 ※住所は住民票に記載された住所を記載 石狩市 電話番号（ ） 携帯電話（ ）		
緊 急 連 絡 先	氏名： 続柄（ ） 電話番号：		
（ふりがな） 子の氏名	（ ）	子の生年月日	年 月 日
出 生 体 重		退 院 日	
出 産 医 療 機 関		か かり つ け 医	
利 用 種 別 （希望する支援を○で 囲んでください）	宿泊型 ・ 訪問型	※市記入欄 <input type="checkbox"/> 宿泊型利用泊数（通算 泊 日） <input type="checkbox"/> 訪問型利用回数（通算 回）	
利 用 希 望 期 間	年 月 日～ 年 月 日（うち訪問型の通算回数： 回） ※施設の空き状況や助産師との調整等によっては、ご希望に添えないことがあります。		
利 用 希 望 実 施 施 設 （宿泊型を希望する方）	① 第1希望 ② 第2希望 ※施設の空き状況によりご希望に添えないことがあります。		
申 請 理 由 （該当するもの全て に☑してください）	<input type="checkbox"/> ①家族等から十分な支援が得られない <input type="checkbox"/> ②産後の疲れが取れない、又は気持ちの落ち込みや不安がある <input type="checkbox"/> ③休息をとり、体力を回復させたい <input type="checkbox"/> ④母体ケア（乳房手当やトラブルケア等）について相談したい <input type="checkbox"/> ⑤育児（沐浴、授乳、抱っこ等）について相談したい <input type="checkbox"/> ⑥子の発育・発達について相談したい <input type="checkbox"/> ⑦家族等に育児に関する指導（沐浴、抱っこ、子の発育発達等）をしてほしい <input type="checkbox"/> ⑧その他（上の子への対応や育児に関することなど） 		
既 住 歴、服 用 中 の 薬 通 院 中 の 病 気			
アレルギ-の有無	無 ・ 有 （ ）		

《同意書》

私は、石狩市が本事業の利用の決定に際し、必要な範囲内で、私の住民基本台帳又は私及び夫が生活保護世帯若しくは個人市民税非課税世帯であるかを確認することに同意します。また、利用決定の可否を判断する面談等において知り得た情報及び実施施設又は訪問助産師が石狩市へ提供が必要であると判断する情報について、石狩市と実施施設又は訪問助産師との間で情報を共有することに同意します。

(母) 氏名 印 (父) 氏名 印

(母と異なる場合) 住所

※父母両方（父がいない場合は、母のみ）の記名押印が必要です。それぞれの印鑑をご使用ください。

※同意ができない場合には、住民票、生活保護世帯であることを証明する書類、個人市民税非課税世帯であることを証明する書類（転入者は、利用する年の1月1日現在に住んでいた市町村における証明書類。）の提出が必要となります。