

実施施設又は訪問助産師 様

石狩市産後ケア事業利用申込書

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。

		申込日	年 月 日
(ふりがな) 利用者氏名	()	生年月日	年 月 日 (歳)
連絡先	〒 石狩市 ※住所は住民票に記載された住所を記載 電話番号 ()		
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 (第 子)
出生体重	グラム	退院日	
出産医療機関		かかりつけ医	
利用種別 及び 利用希望期間	<input type="checkbox"/> 宿泊型 年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 日帰り型 年 月 日 <input type="checkbox"/> 訪問型 年 月 日～ 年 月 日 訪問希望日数 日		
利用希望施設			
申請理由 (複数回答可) ※該当する項目の□に ✓をつけてください。	<input type="checkbox"/> ① 家族等から十分な支援が得られないため <input type="checkbox"/> ② 心身の不調により休養をしたいため <input type="checkbox"/> ③ 母体ケア(乳房手当てやトラブルケア、産後の体調等)について知りたいため <input type="checkbox"/> ④ 子の発育・発達について知りたいため <input type="checkbox"/> ⑤ 育児(沐浴、授乳、抱っこ等)について知りたいため <input type="checkbox"/> ⑥ 子と一緒に生活リズムを整えたいため <input type="checkbox"/> ⑦ その他 <div style="text-align: center;">[]</div>		
既往歴、服用中の薬 通院中の病気			
アレルギーの有無	無 ・ 有 ()		
利用料金の区分 ※右記に該当する場合は、□に✓をつけてください。書類(証明書の発行無料)の添付が必要です。	<input type="checkbox"/> ①生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 または <input type="checkbox"/> 生活保護決定通知書 <input type="checkbox"/> ②市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税・道民税証明書(所得課税証明書)		
下記について同意します。 ①利用にあたり、利用者の健康状態等必要な情報について、実施施設又は訪問助産師と石狩市が共有すること。 ②利用後に自己負担額を支払うこと、利用を変更又は中止する時は、 2営業日前の正午まで にその旨を連絡すること、その連絡が間に合わない場合は、事業利用と同額の自己負担額を支払うこと。 <div style="text-align: center;">同意者氏名 _____</div>			
担当者記入欄			