

# 射水市産後ケア事業利用登録申請書

年 月 日

射水市長 あて

(申請者) 住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

(続柄 \_\_\_\_\_)

射水市産後ケア事業を次のとおり利用したいので、申請します。

※太枠内を記入又は、該当する項目にチェックしてください。

フリガナ 利用者氏名		生年月日	年 月 日
住所			
電話番号		携帯電話番号	
緊急連絡先氏名と続柄		緊急連絡先電話番号	
子の氏名	(第 子)	出生体重	g
出産日及び 在胎週数	年 月 日 在胎 週	出産予定日 及び妊娠週数	年 月 日 妊娠 週
出産医療機関		退院(予定)日	
利用内容	<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> 日帰り型 <input type="checkbox"/> 訪問型		
利用 期間	宿泊型・日帰り型	申請日から 年 月 日まで	
	訪問型	申請日から 年 月 日まで	
申請理由	<input type="checkbox"/> 産褥期の身体等の回復について不安があるため <input type="checkbox"/> 育児について不安があるため <input type="checkbox"/> 産後の休養、栄養面等生活面での支援を希望するため <input type="checkbox"/> その他 ( )		
減免の申請 (右記に該当する場合)	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 (保護に関する決定通知書の写しを添付してください) <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 (前年度の所得証明書を添付してください)		
事務処理欄 (市が記入しますので 記入しないでください)	<input type="checkbox"/> 市内に住所を有する <input type="checkbox"/> 産後4か月未満の産婦及び乳児 (日帰り型・宿泊型の場合) <input type="checkbox"/> 子どもが1歳になる前日までの母親及び乳児 (訪問型の場合) <input type="checkbox"/> 家族、親族等から十分な産後の援助が受けられない		
	<input type="checkbox"/> 母が精神的に不安定である者 <input type="checkbox"/> 母に体調不良または育児不安等がある者 <input type="checkbox"/> 安定的な養育が困難な者 <input type="checkbox"/> その他支援を必要と認める者		
	利用する施設名		

※子が複数の場合は、氏名欄にその氏名をご記入ください。

※申請書に記入いただいた個人情報及び面接時の情報は目的以外には使用いたしません。(面接時の情報等については、個々に応じたケアの提供に必要なため、利用する施設に情報提供いたします。)

ご利用にあたり、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。

1. 出産後、家事や育児などの周囲の援助は十分ですか？ はい ・ いいえ

( )

2. 体調に不安はありますか？ はい ・ いいえ

「はい」の方はどのようなことですか？

( )

3. 過去に病気をされたこと（または、現在治療中の病気）はありますか？  
「はい」の方はどのようなことですか？ はい ・ いいえ

( )

4. 過去や現在、こころの問題でカウンセラーや心療内科、精神科クリニックに相談したことがありますか？ 現在相談中 ・ 過去に相談したことがある ・ いいえ

( )

5. 食べ物に関して、アレルギー等の配慮が必要なことがありますか？  
「はい」の方は、どのような内容ですか？ はい ・ いいえ

( )

6. 育児や赤ちゃんのことについて不安や困っていることはありますか？  
「はい」の方は、どのようなことですか？ はい ・ いいえ

( )

7. その他、気になることがあればご記入下さい。

( )