別　記

第１号様式（第６条第１項）

浦安市産後ケア事業利用申請書（兼利用実績確認書）

20　　年　　月　　日

（宛先）　浦安市長　内田　悦嗣

申請者　氏　　名
続　　柄

次のとおり、浦安市産後ケア事業を利用したいので、申請します。

利用者	住　所		電話番号	
	（フリガナ） 利用者氏名		生年月日	年　月　日生 （　　）歳
	（フリガナ） 子の氏名		生年月日 （予定日）	20　年　月　日生 （□単胎　・　□多胎）
緊急連絡先	氏名：　　続柄（　　）電話番号：			
出産（予定）施設				
妊娠歴	□ 初 産 婦　　・　　□ 経 産 婦			
利用区分	□　市　民　　・　　□ 里 帰 り			
利用者 負担区分	□1. 住民税課税世帯　□2. 住民税非課税世帯　□3. 生活保護世帯 （※2 又は 3 に該当する方は証明する書類を添付すること）			

□ **1. 宿　泊　型**	
利 用 期 間	20　年　月　日　～　20　年　月　日　（　日間）
利 用 施 設	□1. 東京ベイ・浦安市川医療センター□2. 順天堂大学医学部附属浦安病院 □3. おおしおウィメンズクリニック　□4. えんぴつ公園マザーズクリニック
□ **2. 日 帰 り 型**	
利 用 期 間	20　年　月　日
利 用 施 設	□1. Tomoru 助産院 □2. オリエンタルホテル東京ベイ　　□3. ホテルエミオン東京ベイ
□ **3. 訪　問　型**	
利 用 期 間	20　年　月　日

※裏面もご記入ください。

同　意　書
当申請に関し、次の事項に同意します。　　**利用者氏名**＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ １．このサービスを利用するために、利用者情報をサービス提供する施設等に必要な範囲で提供すること。 ２．サービスを提供する施設から市に利用状況を報告すること。 ３．住民税の確認が必要な場合は、必要な範囲で世帯の課税台帳を閲覧すること。 ４．産後ケア施設退所時に利用者負担金（実費相当分）を施設に払うこと。 ５．乳児期家庭訪問事業等、保健サービス提供のために、利用時の状況について関係部署に情報提供すること。

※宿泊型産後ケアご利用にあたっての確認事項(宿泊型産後ケアご利用の方のみご記入ください)

■母の体調等について（該当項目に○）

①通院している：　はい（病名：　　病院名：　　）・　いいえ

②薬を内服している：　はい（薬剤名：　　）・　いいえ

③障がい者手帳等を持っている：　はい（種類：　　）・　いいえ

④アレルギーの有無　：　有（種類：　　）・　無

⑤ケアや食事の際に配慮が必要な場合は記入してください。

（　　）

⑥その他心配事等があれば記入してくだい。

（　　）

■産後ケア事業を利用する場合、どのようなサービスを受けたいですか？（該当項目に○）

①　助産師によるお母さんの健康相談　　②赤ちゃんのケア　　③授乳指導

④沐浴指導　　⑤育児相談　⑥家族への育児指導　⑦地域の子育て支援情報の紹介

⑧その他（　　）

――――――――――ここから下は記入しないでください。――――――――――

利用実績確認書

※市記入欄

利用結果	利用した期間（宿泊型のみ）
□実施　　□キャンセル	□申請書と同じ □申請書と異なる （　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日）（　　日間）

※備考

決定日（宿泊型のみ）	確認日	確認者