

別 記

第 1 号様式（第 6 条第 1 項）

年 月 日

浦安市長 あて

申請者 住 所

氏 名

（利用者との関係 ）

電 話

浦安市宿泊型産後ケア事業利用登録申請書

次のとおり、産後ケア事業（市民・里帰り）を利用したいので、申請します。

（フリガナ） 利 用 者 氏 名		生 年 月 日	S/H 年 月 日 （ 歳）
出 産（予 定）日	年 月 日	退 院（予 定）日	年 月 日
出 産（予 定）施 設 名			
利 用 希 望 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間）		
利 用 施 設	おおしおウィメンズクリニック		
申 請 理 由 （具体的に記入してください。）			
利用者負担額区分 （※里帰りの場合、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. 住民税課税世帯 2. 住民税非課税世帯 3. 生活保護世帯		
緊 急 連 絡 先	住所） 氏名） 電話） 続柄）		
母 子 手 帳 番 号			

※ 里帰りの場合は、下記も必ずご記入ください。

（フリガナ） 利用者の親の氏名		利用者の親の 生 年 月 日	S/H 年 月 日 （ 歳）
里 帰 り 先 の 住 所	電 話 （ ）		

■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さい。

（ ）

■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（ ）

同意書

私は当申請に関し、次の事項に同意します。

氏名 印（本人）

（1）このサービスを利用するために、私の情報をサービス提供する施設等に必要な範囲内で提供すること。

（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、必要な範囲で私の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。

※意見欄（記入しないでください。）