様式第１号（第６条関係）

上里町産後ケア事業利用申請書兼情報提供書

年　　　月　　　日

上里町長宛て

上里町産後ケア事業を利用したいので、下記のとおり申請します。事業利用にあたり、必要な情報を事業所と共有することについて同意します。

また、利用料区分の確認のため、町が所得状況及び住民基本台帳による世帯状況を調査することに同意します。

記

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | ふりがな  氏名 | | |  | | | 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | |
| 住所 | | | 上里町大字  電話番号 | | | | | |
| 既往歴 | | | 無・有（　　　　　　　　　） | | | アレルギー | | 無・有（　　　　　　　　） |
| 子 | ふりがな  氏名 | | | 男・女 | | | 生年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| 出生体重 | | |  | | | 出産施設名 | |  |
| 既往歴等 | | |  | | | | | |
| 栄養 | | □母乳：　　　回/日・□ミルク：　　回/日（　　　ml/回）・□離乳食：　　　回/日 | | | | | | |
| 世帯構成 | 氏名（ふりがな） | | | | | 続柄 | 職業 | | 生年月日 |
|  | | | | |  |  | | 年　　　月　　　日 |
|  | | | | |  |  | | 年　　　月　　　日 |
|  | | | | |  |  | | 年　　　月　　　日 |
|  | | | | |  |  | | 年　　　月　　　日 |
|  | | | | |  |  | | 年　　　月　　　日 |
| 支援者 | | 夫(ﾊﾟｰﾄﾅｰ)・実母・実父・義母・義父・友人・その他(　　　　　　　　　　　) | | | | | | | |
| 申請理由 | * 産後の身体機能の回復に関する不安 * 育児に関する不安 * 休息をとりたい * その他（　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | 希望項目 | * 母子の健康管理　　□沐浴指導 * 授乳等の育児指導　□乳房管理 * 生活面の指導　　　□療養上の援助 * その他（　　　　　　　　　　　　） | |
| 希望事業所等 | | | | |  | | 種別 | □宿泊型　□日帰り型　□訪問型 | |
| 希望する日時  ※助産師と調整後に決定します | | | | | 年　　　月　　　日　　　　時　　　　分　～　　　時　　　分  　　　年　　　月　　　日　　　　時　　　　分　～　　　時　　　分  　　　年　　　月　　　日　　　　時　　　　分　～　　　時　　　分  　　　年　　　月　　　日　　　　時　　　　分　～　　　時　　　分  　　　年　　　月　　　日　　　　時　　　　分　～　　　時　　　分  　　　年　　　月　　　日　　　　時　　　　分　～　　　時　　　分  　　　年　　　月　　　日　　　　時　　　　分　～　　　時　　　分 | | | | |
| 所得区分 | | | | | □一般世帯　　□市町村民税非課税世帯　　□生活保護世帯 | | | | |

※町記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請受理日：　　　年　　　月　　　日 | 番号： | 審査結果：　□承認　　□不承認 |