

小山市長 様

申請者 住 所

氏 名

Ⓜ

(利用者との続柄：)

連絡先

小山市産後ケア事業利用申請書

小山市産後ケア事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請いたします。

フリガナ			生年月日		食物等アレルギー			
産婦氏名			年 月 日 (歳)		有 ()・無			
フリガナ		男・女	生年月日	出生体重	食物等アレルギー			
子の氏名			年 月 日	g	有 ()・無			
住 所	〒 ー 小山市 電話番号							
緊急連絡先	氏名 (利用者との関係)		()					
	電話番号	日中連絡先						
			休日夜間連絡先					
出産 (予定) 施設名			利用希望施設名					
利用する理由	1 出産後の身体回復に不安があるため 2 育児について不安があるため 3 日常生活について不安があるため 4 その他 ()							
利用希望内容 希望するサービスを ○で囲み月日で記入	宿泊型	年 月 日 (～ 年 月 日)						
	通所型 (1日)	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回
		月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日
	通所型 (半日)	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回
	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	午前・午後	
訪問型	1回	2回	3回	4回	5回	6回	7回	
	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	月 日	
	時～	時～	時～	時～	時～	時～	時～	
世帯の状況	一般世帯・市民税非課税世帯・生活保護受給世帯 (該当する箇所を○)							
家族状況	続柄	氏名		年齢	職業			

※ 同意欄

- 1 利用者の住民基本台帳を調査すること。
 - 2 利用者の属する世帯が市民税非課税世帯又は生活保護受給世帯に該当するか調査すること。
 - 3 委託医療機関に本申請書に記載された内容等を提供すること。
 - 4 医療行為が必要である場合は、本事業を利用できない場合があること。
 - 5 委託医療機関利用時に利用者負担金を委託医療機関に支払うこと。
 - 6 指定の期日を過ぎて利用日を変更し、又は利用を中止する場合も、利用者負担金が発生すること。
 - 7 乳児全戸訪問事業等、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。
- 私は、小山市産後ケア事業の利用を申請するにあたり上記について同意します。

利用者氏名 (自署)

Ⓜ

