

長浜市産後ケア事業利用申請書

長浜市長あて

私は、次のとおり長浜市産後ケア事業の利用を申請します。(該当に)

<input type="checkbox"/> 母子ともに長浜市に住民登録があります。(母子ともに長浜市に住民登録がない場合は利用できません。)
<input type="checkbox"/> 産後、12か月未満の母子です。(早産の場合は、予定日換算をして利用ができます。)
<input type="checkbox"/> 母子ともに医療行為は必要ありません。

申請日	年 月 日		
(ふりがな) 申請者(妊・産婦) 氏 名	()	生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日 () 歳
※代理人申請の場合、ご記入ください 代理人氏名： 申請者との関係：			
住 所	〒 長浜市		
電話番号	日中連絡の取れる連絡先 - -	緊急 連絡先	氏名 (申請者との関係：) TEL： - -
	氏 名	続 柄	生年月日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日
世帯区分	(該当に <input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯		

○お子さんの状況について

(ふりがな) こどもの氏名	() (第 子) (男・女)	生年月日 (予定日)	令和 年 月 日
出生体重	g	【直近体重】	g (計測日： 月 日)
出産(予定)医療機関		妊娠期間	週 日
出生時の 異常の有無	無・有	「有」の方は内容を記入ください。 例：チアノーゼ・保育器等使用など ()	
既往歴・治療中の 病気の有無	無・有	「有」の方は 内容を記入ください。 例：熱性けいれん・アレルギーなど ()	

かかりつけ医	無・有	医療機関名： 内服：無・有（お薬の名前： ）
現在の栄養	母乳： 回/日、	ミルク： ml（ 回/日）、 離乳食： 回/日

○母の状況について：「有」の方は詳細をご記入ください

妊娠中の既往歴	無・有	妊娠高血圧症・悪阻・貧血・切迫早流産・その他（ ）
分娩時の様子	経膈分娩 ・ 帝王切開 ・ その他（ ）	
現在治療中の病気の有無	無・有	医療機関名： 心疾患・腎炎・糖尿病・高血圧・こころの病気（うつ病など）・貧血 その他（ ）
内服の有無	無・有	お薬の名前（ ）

○産後ケアの利用について

希望のケア内容	<input type="checkbox"/> 産婦の心身、栄養、生活相談 <input type="checkbox"/> 授乳相談、乳房ケア <input type="checkbox"/> 沐浴等の育児指導 <input type="checkbox"/> 乳児の発達、発育相談 <input type="checkbox"/> その他（ ）	
アレルギーの有無	無 ・ 有：アレルギーの内容を下記へご記入ください （ ）	
産後心配していること・相談したいことをお気軽にご記入ください。		

申請に関して、以下のことに同意します。

同意書 ①長浜市産後ケア事業の利用にあたり、必要な情報を市から事業所へ情報提供すること、及び利用者の状況等についての情報を事業所から市へ情報提供すること。また、複数の事業所を利用する場合は、事業所間で利用者の必要な情報を共有すること。 ②長浜市が私の世帯の住民基本台帳、市民税課税状況又は生活保護受給状況に関する資料を閲覧すること。 ③産後ケアを実施する事業所の請求に対して費用を支払うこと。 ④利用者の都合（体調不良等）により、宿泊型、デイサービス型の日程を変更・中止する場合において、利用日の前々日の17時以降は、キャンセル料を払うこと。 年 月 日 申請者（妊・産婦）氏名
