□産後、12か月未満の母子です。

## 長浜市産後ケア事業利用申請書

□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。)

## 長浜市長あて

私は、次	のとおり	長浜市産後ケブ	ア事業の利用を	と申請し	ます。	(該当に	<b>/</b>	)
------	------	---------	---------	------	-----	------	----------	---

□母子ともに医療行為は必要ありません。											
					1						
申請日	年	<u>:</u>	月	日							
(ふりがな)	(			)			昭和・平原	戈・令和			
申請者(妊・産婦)					生年	月日	;	年	月	日 (	)歳
氏 名											
※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	<b>〒</b> 長浜市										
<b>東</b> 北亚口	日中連絡の取れる連絡先			緊	急	氏名 (申請者と			の関係:	)	
電話番号				連組	各先	TEL:			_		
	J	氏	名		続	柄		生	三年月日		
									年	月	日
									年	月	日
世帯構成									年	月	日
									年	月	日
									年	月	日
									年	月	日
世帯区分	(該当に☑) □市民税課税世						□市民税非課	現税世帯		]生活保證	<b>養世帯</b>
○お子さんの状況	について						T	1			
(ふりがな)	(		,	) (質	育 -	子)	生年月日	令和	年	月	日
こどもの氏名				(	男・女	( )	(予定日)	IAJH	'	/ 1	
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	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 無・有 (										
異常の有無		( F#-	<del>_</del> _	÷)J-							)
既往歴・治療中の	<b>年</b> . 专		」の方 を記る		1.5	石川・丸	ぬ性けいれん・	ア1.n	ゼーちじ		
病気の有無	無・有	内谷	で記入	<b>、</b> 、、、、。	۰ ۷ ک	7/71 ・	公圧り いれんん・	ノレル	イーなと		)
		(									,

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	が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	経腟分娩	<ul><li>・ 帝王切開 ・ その他(</li></ul>	)					
現在治療中の 病気の有無	医療機関名: 無・有 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	□産婦の心身、栄養、生活相談 □授乳相談、乳房ケア □沐浴等の育児指導 □乳児の発達、発育相談 □その他( )							
アレルギーの	無 ・ 有:アレルギーの内容を下記へご記入ください							
有無	(							
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						
	fから市へ情	当たり、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 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						
	事業利用の審	査に必要な範囲で、住民基本台帳、同一世帯に属する者の市民税課税状況又は生 閲覧されること。	活					
③産後ケア事業を利用した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(A ったときはキャン		により日程を変更・中止する場合において、事業所が定める期限までに連絡しな はうこと。	カュ					
<ul><li>⑤母子のいずれかが感染症疾患(麻疹、風疹、インフルエンザ等)に罹患している場合は、利用できないこと。</li></ul>								
		月 日 申請者(妊・産婦)氏名						

長浜市産後ケア初回無料券交付受領書