

臼杵市産後ケア事業利用申請書兼情報提供等同意書

令和 年 月 日						
臼杵市長 殿	<申請者> 住 所 氏 名 (利用産婦との続柄:) TEL - -					
次のとおり、臼杵市産後ケア事業の利用を申請します。						
(ふりがな) 利用産婦 氏名		生年月日 (西暦)		歳		
住所	臼杵市					
TEL						
(ふりがな) 児 氏名		生年月日 (西暦)		第 子		
出生時の身長・体重	cm	g	在胎週数	週 日		
(ふりがな) 児 氏名 ※多胎の場合		生年月日 (西暦)		第 子		
出産時の身長・体重	cm	g	在胎週数	週 日		
出産した施設名						
申請書 緊急時 連絡先	(ふりがな) 氏名	利用産婦 との続柄	TEL			
	住所	(上記と異なる場合は記入)				
申請理由	<input type="checkbox"/> 育児のことが心配 <input type="checkbox"/> 授乳がうまくできない <input type="checkbox"/> 協力者がいない <input type="checkbox"/> 心身を休めたい <input type="checkbox"/> その他 ()					
希望する サービス内容	<input type="checkbox"/> 母体の身体的ケア <input type="checkbox"/> 心理的ケア <input type="checkbox"/> 授乳指導(乳房ケア含む) <input type="checkbox"/> 沐浴指導 <input type="checkbox"/> 育児指導 <input type="checkbox"/> その他()					
希望するサービス ※宿泊型、デイ サービス型、宿泊型 合わせて7回まで	<input type="checkbox"/> 宿泊型	希望日	※宿泊型は、1泊2日を1回とする			
		利用施設	利用回数		回	
	<input type="checkbox"/> デイ サービス型	希望日				
		利用施設	利用回数		回	
	<input type="checkbox"/> 訪問型	希望日・ 時間帯	※訪問型は2時間程度/日、多胎の場合は、3時間程度/日を1回とする。			
		利用施設・ 助産師	利用回数		回	
訪問先 の住所		(里帰り先を希望の場合は記入)				
世帯区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯					
同意欄	1. 臼杵市産後ケア事業の利用にあたり、市が住民基本台帳による世帯状況及び同一世帯の者の市民税の課税状況、生活保護の認定状況について調査・閲覧することに同意します。調査の結果、確認ができなかった場合には証明できる書類を提出します。 2. 利用にあたり、臼杵市から委託医療機関等に対して必要な個人情報を提供をすること、および委託医療機関等が臼杵市に対して必要な個人情報を報告することに同意します。 3. 利用にあたり、臼杵市産後ケア事業利用承認通知書に記載された自己負担額を、利用施設に対して支払うことに同意します。 4. 利用にあたり、臼杵市産後ケア事業対象外の経費(ミルクやおむつなど消耗品費用)や、きょうだい児の受け入れにかかる費用等は、委託医療機関等の別途請求に応じ、支払うことに同意します。 5. 申し込み済の利用日を、やむを得ず変更またはキャンセルする場合は、速やかに委託医療機関等に連絡します。					
年 月 日 氏名		(代筆者 (利用産婦との続柄))				

市処理欄(以下は記入しないでください)

自己負担区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯		
	確認方法	<input type="checkbox"/> 端末による確認 <input type="checkbox"/> 税務課・福祉課生活保護グループに確認 <input type="checkbox"/> 市民税(非)課税証明書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書	(確認者) 令和 年 月 日 担当者