

松前町産後ケア事業利用申請書

年 月 日

松前町長 様

次のとおり、松前町産後ケア事業の利用を希望するので申請します。

フリガナ 利用者氏名	利用者生年月日		年 月 日 (歳)	
	利用者電話番号			
住所	〒 - 伊予郡松前町			
緊急連絡先	氏名	続柄 ()	電話番号	
フリガナ	男・女 (第 子)		出産医療機関	
乳児氏名				
出産(予定)日	年 月 日	退院(予定)日	年 月 日	
妊娠期間	妊娠 週 日	出生体重	g	
利用希望内容(希望する種類に☑を記入してください。)				
事業の種類	利用日		利用施設	
<input type="checkbox"/> 短期入所型	年 月 日 ~ 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 通所型	年 月 日、 年 月 日、		年 月 日 年 月 日	
<input type="checkbox"/> 居宅訪問型	年 月 日、 年 月 日、		年 月 日 年 月 日	
乳児の兄又は姉の同伴		有(人)、無		
申請理由(該当するものに☑を記入してください。)				
<input type="checkbox"/> 家族等から家事、育児などの十分な支援が受けられない。 <input type="checkbox"/> 心身の不調、育児不安などがある。 <input type="checkbox"/> その他()				
希望するケア(該当するものに☑を記入してください。)				
<input type="checkbox"/> 母親の身体ケア及び保健・栄養指導、産後の母体管理及び生活面の指導 <input type="checkbox"/> 適切な授乳が実施できるためのケア(乳房管理など) <input type="checkbox"/> 育児手技についての具体的な指導及び相談(沐浴、授乳等の育児指導、発育・発達等のチェック) <input type="checkbox"/> 生活の相談・支援(乳児の世話、産婦の食事の提供、その他必要な保健指導及び情報提供) <input type="checkbox"/> その他()				
私は、申請に当たり次の事項に同意します。 (1) 申請書の内容及び事業の利用に必要な情報について、利用施設等と情報共有すること。 (2) 事業の利用審査に当たり、町が利用者及びその世帯員の住民基本台帳その他事務処理に必要な資料を閲覧すること。また、当該調査により確認ができない場合は、町が求める必要書類を提供すること。 (3) 利用期間中であっても、利用施設の状況等により、事業の利用ができない場合があること。 (4) 利用開始予定日の前日(土日祝を除く)午後5時以降にキャンセルした場合、所定のキャンセル料を利用施設に支払うこと。 (5) 利用内容に応じて、実費負担額が発生する場合があること。 (6) 母子に医療行為が必要と判断された場合は、事業の利用ができなくなること。				
申請者氏名 _____				
受付日	年 月 日	受付者	決定日	年 月 日
				承認 ・ 不承認