

米沢市産後ケア事業（短期入所型）申請書兼情報提供同意書

米沢市長 あて

〒 992 -

申請者住所

申請者氏名

電話番号 ( )

続 柄

次のとおり米沢市産後ケア事業の利用を申請します。

※太枠内をご記入ください。

申請区分	<input type="checkbox"/> 妊婦（妊娠 週） <input type="checkbox"/> 産婦				
(ふりがな) 利用者氏名	( )		利用者 生年月日	S・H 年 月 日 ( 歳)	
住 所	米沢市		電話（携帯）	- -	
緊急連絡先	氏名		続柄 ( )	電話（携帯）	- -
出産予定日	令和 年 月 日	出産予定施設		母子健康手帳番号	
世帯構成 (利用者を除く)	(ふりがな) 氏 名	続柄	生 年 月 日	年 齢	勤務先・学校名等
			T・S H・R 年 月 日	歳	
			T・S H・R 年 月 日	歳	
			T・S H・R 年 月 日	歳	
			T・S H・R 年 月 日	歳	
市 記 入 欄	世帯区分	<input type="checkbox"/> I 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> II 市民非課税世帯 ※世帯員全員の市民税非課税証明書が必要です。別紙案内を参照ください。 <input type="checkbox"/> III 生活保護世帯 ※生活保護受給証明書が必要です。			
	申請理由	<input type="checkbox"/> 産後に家族等身近な人から家事・育児などの十分な支援が受けられない。 <input type="checkbox"/> 産後に心身の不調又は育児不安等がある。 <input type="checkbox"/> その他困っていること ( ) アセスメント： 保健師サイン ( )			
	利用希望サービス	<input type="checkbox"/> 産後の母体管理（休息を含む）及び生活面の相談・指導 <input type="checkbox"/> 育児に関する相談・指導（沐浴・授乳等） <input type="checkbox"/> その他 ( )			
利用希望施設	<input type="checkbox"/> さくらクリニック <input type="checkbox"/> 島貫医院 <input type="checkbox"/> 米沢市立病院				
利用希望日	第一希望： 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 泊 日)				
	第二希望： 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ( 泊 日)				
	<input type="checkbox"/> 利用施設の空き状況に応じて、希望日周辺での利用を希望します。 <input type="checkbox"/> 希望日以外での日程の利用は希望しません。				
米沢市産後ケア事業（短期入所型）申請書兼情報提供書に記載した情報及びサービスの利用に必要な情報を米沢市産後ケア事業を実施する事業者へ情報提供することに同意します。また、利用者の健康状態について、事業者から米沢市に情報提供することに同意します。					
令和 年 月 日			申請者氏名		