

様式1

令和 年 月 日

米沢市産後ケア事業(通所型)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

※太枠内をご記入ください。

次のとおり米沢市産後ケア事業の利用を申請します。

|                  |   |  |                                |               |     |                            |                               |
|------------------|---|--|--------------------------------|---------------|-----|----------------------------|-------------------------------|
| (ふりがな)<br>利用者氏名  | ( )   | 利用者<br>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)                         | -             | -   | -                          |                               |
| (ふりがな)<br>乳児氏名   | ( )<br>男・女  | 在胎<br>週数   | 週                              | 出生<br>体重      | g   | 出生<br>順位                   |                               |
| (ふりがな)<br>乳児氏名   | ( )<br>男・女  | 在胎<br>週数   | 週                              | 出生<br>体重      | g   | 出生<br>順位                   |                               |
| 出産施設             | さくらクリニック ・ 島貫医院 ・ 米沢市立病院 ・ その他( )   |  |                                |               |     | 母子健康<br>手帳番号               |                               |
| 体 調              | 母   | <input type="checkbox"/> 良好  | <input type="checkbox"/> 不調( ) | 治療・感染症<br>有 無 | 母   | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有( ) |
|                  | 児   | <input type="checkbox"/> 良好  | <input type="checkbox"/> 不調( ) |               | 児   | <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 有( ) |
| 世帯構成<br>(利用者を除く) | (ふりがな)<br>氏 名   | 続柄   | 生 年 月 日                        |               | 年 齢 | 勤務先・学校名等                   |                               |
|                  |   |  | T・S<br>H・R                     | 年 月 日         | 歳   |                            |                               |
|                  |   |  | T・S<br>H・R                     | 年 月 日         | 歳   |                            |                               |
|                  |   |  | T・S<br>H・R                     | 年 月 日         | 歳   |                            |                               |
|                  |   |  | T・S<br>H・R                     | 年 月 日         | 歳   |                            |                               |
| 利用希望施設           | <input type="checkbox"/> さくらクリニック <input type="checkbox"/> 産科婦人科 島貫医院 <input type="checkbox"/> マザー&ベビーケアサロン                    ままのて |  |                                |               |     |                            |                               |
| 市<br>記<br>入<br>欄 | 世帯区分  | <input type="checkbox"/> I 市民税課税世帯<br><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。<br><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"/> 母乳育児等に不安がある。<br><input type="checkbox"/> 心身の不調または身体機能回復に不安がある。<br><input type="checkbox"/> その他困っていること( )<br>アセスメント:<br>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"/> 乳房管理(母乳ケアを含む)<br><input type="checkbox"/> 育児に関する相談・指導(沐浴・授乳等) <input type="checkbox"/> 子の発育・発達確認を相談<br><input type="checkbox"/> その他( ) |                                |               |     |                            |                               |

米沢市産後ケア事業(通所型)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、サービス利用の結果について、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