

河北町産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

（宛先）河北町長

次のとおり河北町産後ケア事業の利用を申請します。

申請者 (利用者)	(ふりがな) 氏 名				生年月日		年 月 日(歳)	
	住 所		河北町 電話(携帯)					
	緊急連絡先		氏名		申請者との関係			
			住所		電話			
	(ふりがな) 乳児の氏名		男・女	出生 体重	g	生年月日	年 月 日	第 子
	(ふりがな) 乳児の氏名		男・女	出生 体重	g	生年月日	年 月 日	第 子
	出産医療機関名					在胎週数	週 日	
世帯区分 該当する場合☑を付けてください			☐ II 町民税非課税世帯 ☐ III 生活保護世帯 ※生活保護受給証明書の提出が必要です					
希望するサービスに☑を 付け、裏面の必要事項を 記入してください	利用 回数 上限	7 日	☐ 短期入所 利用希望日 年 月 日～ 年 月 日(泊 日)					
		3 回	☐ 通所 利用希望日数 計 日 利用希望日 ()					
			☐ 居宅訪問					
確認事項		・分娩状況 ☐ 異常なし ☐ 特記事項あり () ・産後の体調 ☐ 良 ☐ 不良 () ・治療中の疾患 ☐ 無 ☐ 有 () ・内服の有無 ☐ 無 ☐ 有 () ・アレルギーや感染症 ☐ 無 ☐ 有 () ・栄養法 ☐ 母乳 ☐ 混合 ☐ 人工乳 ☐ その他 () ・児の健康状態 ☐ 異常なし ☐ 特記事項あり ()						
かかりつけの 医療機関 ※必要時情報提供する場合があります		病院名※治療中の疾患がありましたらご記入ください 母： (電話番号) 児： (電話番号)						
河北町産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書に記載した情報及びサービスの利用に必要な情報を華北町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、事業者から河北町に情報提供することに同意します。 河北町産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書に記載した情報及びサービスの利用に必要な情報を医療機関に情報提供することに同意します。 河北町が審査に必要な範囲で住民基本台帳について調査・閲覧することに同意します。 自己負担金免除決定に際して、住所を同じくする世帯員全員の課税状況等の関係書類を閲覧することに同意します。 年 月 日 申請者氏名								

※裏面もご記入ください。

希望事業者を1か所選択ください。居宅訪問を利用する方で、希望事業所がない場合には、希望なしに☒を付けてください。

希望するサービス内容には☒をつけ具体的にご記入ください。

実施事業者の利用状況により、ご希望通りにご利用いただけない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

希望事業者名	☐ 希望なし (居宅訪問のみ)
特に利用を希望するサービス内容に ☒ を付けてください。	☐ 産後の母の健康管理や生活面の指導(具体的に:) ☐ 乳房ケアや授乳方法の指導(具体的に:) ☐ 乳児の沐浴、発育・発達のチェック、体重・排泄、栄養のチェック、スキンケア等の育児方法の指導 ☐ 育児相談(具体的に:) ☐ その他 ()

※自治体記入欄

利用依頼事業者	
世帯区分	☐ Ⅰ町民税課税世帯 ☐ Ⅱ町民税非課税世帯 ☐ Ⅲ生活保護世帯