

(第6条関係)

海南市産後ケア事業利用申請書（通所型・居宅訪問型）

年 月 日

海南市長 様

〒

申請者 住所 海南市
氏 名

生年月日 年 月 日（ 歳）
電話番号

乳児の 状 況	氏 名			出生医療機関			
	出生日	年 月 日	退院日	年 月 日	出生週数	週	
申 請 理 由							
利用希 望種類	通所型 ・ 居宅訪問型						
利 用 希望日	年 月 日（ ）（上記種類併せて 回目） 居宅訪問型の場合： 2時間未満 ・ 2時間以上3時間未満						
利用希 望施設	第1希望（ ）※施設の空き状況により、希望に添えない 第2希望（ ） 場合もあります。ご了承ください。						
特に希望するサ ービス内容 （○をしてくだ さい。）	1 産後の母体管理（お母さんの産後の体調等の相談、乳房ケア等） 2 赤ちゃんのケア（授乳・もく浴等の育児指導） 3 その他（ ）						
利用料を算定す る場合に必要と なる書類	☐ 生活保護受給証明書 ☐ 市県民税非課税証明書（世帯全員の非課税が確認できる書類） * 当年1月1日現在、海南市に住民登録をされていない場合は、転入前の市町村で上記の証明書の取得が必要です。						

同意欄	
（1）利用料に係る提出書類を確認するために、海南市が審査に必要な範囲で住民基本台帳及び課税状況について調査し、及び閲覧すること。 （2）産後ケア事業の利用に当たり、海南市が助産院に対して必要な個人情報（本利用申請書）を提供すること及び助産院が海南市に対して必要な個人情報を提供すること。 上記（1）及び（2）に同意します。 氏名 _____	

○ご利用にあたっての参考にさせていただきたいと思います。以下の質問にご協力をお願いします。

1	出産後に家事や育児などを手伝ってくれる人がいますか。	はい ・ いいえ
2	体調に不安はありますか。	はい ⇒どのようなことですか。 （ ） いいえ
3	現在治療中の病気はありますか。	はい ⇒どのようなことですか。 （ ） いいえ
4	今まで、こころの問題で医療機関において治療や相談をしたことがありますか。	はい ⇒いつ頃ですか。（ ） 現在の状態は？（ ） いいえ
5	食べ物で、アレルギー等がありますか。	はい ⇒どのようなことですか。（ ） いいえ
6	出産後の育児について、不安はありますか。	はい ⇒どのようなことですか。 （ ） いいえ
7	妊娠中・出産時は何か変わったことはありませんでしたか。	無 ・ 有（ ）
8	乳児の状況を教えてください。	出生体重（ g） 栄養方法（母乳・混合・人工） 出生時の異常 無 ・ 有（ ）
9	同居している家族に○をつけてください。	父・義父・義母・実父・実母・子ども（ 人） その他（ ）
10	その他、気になることがあれば記入してください。	

健康課 受付者 ()

日付 年 月 日