

## 岸和田市産後ケア事業利用申請書兼情報提供書

令和 年 月 日

岸和田市長 様

(申請者) 住所 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_  
電話番号 \_\_\_\_\_

岸和田市産後ケア事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり岸和田市産後ケア事業の利用を申請します。

### 【利用者について】

フリガナ 母の氏名		生年月日	昭和 年 月 日 平成 ( 歳)
フリガナ 児の氏名	(第 子)	生年月日	令和 年 月 日 (生後 か月)
住 所	岸和田市 (電話番号: - - )		
出産医療機関名		在胎週数	週 日/出生体重: g

### 【緊急連絡先について】

フリガナ 氏 名		申請者との関係	
住 所			
電話番号	① - -	② - -	

### 【世帯の状況について】

同居家族	氏 名	続柄	年齢	氏 名	続柄	年齢
申請理由 (複数可)	<input type="checkbox"/> 家事、育児などを手伝ってもらえる家族等がないため。 <input type="checkbox"/> 心身の不調などがあり、休息の時間を取りたいため。 <input type="checkbox"/> 育児に不安があるため。 <input type="checkbox"/> 授乳について相談したいため。 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
課税状況	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯					

### 【利用希望について】

利用希望日	宿泊型	希望日: 令和 年 月 日 ~ 年 月 日 (泊) 令和 年 月 日 ~ 年 月 日 (泊)
	デイ サービス型	希望日: 令和 年 月 日 / 月 日 / 月 日 年 月 日 / 月 日 / 月 日

\*裏面の記入もお願いします。

利用希望病院	無 ・ 有 (第1希望: _____ 第2希望: _____ )
希望するサービス内容 (複数可)	<input type="checkbox"/> 産後のケア (母の健康管理、乳房のケア、生活面の指導等) <input type="checkbox"/> 児のケア (発育・発達チェック及びスキンケア等) <input type="checkbox"/> 育児に関する相談・指導 (授乳及び沐浴の方法の指導、家庭における育児に関する相談・指導等) <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )
心配なこと	

同 意 欄	
<p>①利用者負担額決定のため、岸和田市が市民税課税台帳等により、申請者及び同一世帯員の課税状況等を確認すること。</p> <p>②産後ケア事業の実施にあたり、本利用申請書兼情報提供書に記載された事項を実施医療機関等に提供すること、また利用者の健康状態等について利用医療機関から岸和田市に情報提供すること。</p> <p>③利用後に引き続き必要な支援等を岸和田市と利用医療機関が情報を共有すること。</p> <p>④利用者負担額を利用医療機関等に対して支払うこと。</p> <p>⑤産後ケア事業を利用することができなくなったとき、又は実施を要しなくなったときは、利用日の前日までに岸和田市又は利用医療機関等に連絡すること。やむを得ない事情を除き、規定より後のキャンセルや日程変更、連絡なく利用しなかった場合は、キャンセル料として利用者負担額を利用医療機関等に対して支払うこと。</p> <p>上記①、②、③、④、⑤に同意します。          申請者氏名 _____</p>	

下欄は記入しないでください。

【岸和田市 ⇄ 利用医療機関 連絡事項】

--