

様式第1号（第8条関係）

大阪狭山市産後ケア事業利用申請書兼情報提供書

（あて先） 大阪狭山市長

年 月 日

私は、次のとおり大阪狭山市産後ケア事業の利用を申請します。

申請者 (利用者)	フリガナ				生年月日	年 月 日	
	氏名				(年齢)	(歳)	
	住所	〒589-00 大阪狭山市			電話番号	自宅 携帯	
世帯の区分 () 内に○	() 課税世帯 () 市民税非課税世帯 () 生活保護世帯			出産(予定)医療 機関・助産所			
出産予定日 (出産日)	年 月 日		これまでの妊娠・ 出産について	今回の妊娠は 今回の出産は		回目 回目	
感染症	検査項目	結果	備考	検査項目	結果	備考	
	H I V抗体検査	(-/+)		HTLV-1	(-/+)		
	梅毒血清反応	(-/+)		H C V抗体	(-/+)		
	H B s 抗原	(-/+)			(-/+)		
※既に出産された方 のみご記入ください 赤ちゃんについて	フリガナ			出生体重	在胎週数 週 日		
	氏名			g			
	フリガナ			出生体重	在胎週数 週 日		
	氏名			g			
緊急 連絡先	フリガナ				利用者との 関係		
	氏名						
	住所				電話番号	自宅 携帯	
世帯 構成	氏名			生年月日 (年齢)			続柄
				(歳)			
				(歳)			
				(歳)			

希望するサービス	希望する日時 (予定)	合計
ショート・デイ・訪問	年 月 日 時 ~ 年 月 日 時	日
ショート・デイ・訪問	年 月 日 時 ~ 年 月 日 時	日
ショート・デイ・訪問	年 月 日 時 ~ 年 月 日 時	日
ショート・デイ・訪問	年 月 日 時 ~ 年 月 日 時	日
ショート・デイ・訪問	年 月 日 時 ~ 年 月 日 時	日
ショート・デイ・訪問	年 月 日 時 ~ 年 月 日 時	日
ショート・デイ・訪問	年 月 日 時 ~ 年 月 日 時	日
利用希望実施事業者	第1希望 () 第2希望 ()	
特に希望 する利用 内容	1. 授乳についての相談 (乳房の手当、授乳方法、赤ちゃんの発育・発達の確認等)	
	2. 育児に関する相談 (赤ちゃんのお風呂や着替え等の身の回りのお世話全般について)	
	3. 休養、お母さんの産後の体調等の相談	
	4. その他 ()	

同意欄

1. 利用料に係る審査をするために、大阪狭山市が必要な範囲で住民票・課税状況について調査・閲覧し、当該調査で確認できない場合は、申請者が必要書類を提出すること。
2. 産後ケア事業の利用に当たり、大阪狭山市が実施事業者等に対して必要な利用者の個人情報を提供すること、及び実施事業者等が大阪狭山市に対して必要な利用者の個人情報を提供すること。
3. 産後ケア事業を利用することができなくなった場合、または事業の実施について変更が必要な場合は、定められた期限までに実施事業者へ連絡をすること。
4. 産後ケア事業サービス終了時に、利用料を実施事業者に対して支払うこと。
5. 利用日の前日午後5時を過ぎて利用日の変更または利用を中止した場合、キャンセル料が発生する場合があること。
6. 産後ケア利用時に体調不良等で医療行為が必要になった際、実施事業者での対応が困難であれば別の医療機関への受診勧奨を行う場合があること。

上記1、2、3、4、5、6 に同意します。 署名 _____

ご利用にあたっての参考にさせていただきます。下記についてお答えください。

- ① 出産後、家事・育児などを手伝ってくれる人がいますか。 はい ・ いいえ
はいの方は、誰がどのようなことを手伝ってくれる予定ですか。
〔 〕
- ② 出産後の体調に不安がありますか。 はい ・ いいえ
はいの方は、どのようなことですか。
〔 〕
- ③ 過去に大きな病気をされたこと（または、現在治療中の病気）はありますか。 はい ・ いいえ
はいの方は、どのようなご病気ですか。
〔 〕
- ④ 今までにこころの問題でカウンセラーや心療内科、精神科クリニック等に相談したことがありますか。 はい ・ いいえ
- ⑤ 食べ物に関して、アレルギー等配慮が必要なことはありますか。 はい ・ いいえ
はいの方は、どのようなことですか。
〔 〕
- ⑥ 出産後の育児について、不安がありますか。 はい ・ いいえ
はいの方は、どのようなことですか。
〔 〕
- ⑦ その他、気になることがあればご記入ください。
〔 〕

【保健センター記入欄】

受付サイン _____

市民確認

課税状況確認

加算条件確認