

越谷市産後ケア事業利用申請書兼連絡同意書

越谷市長 宛

令和 年 月 日

申請者	住 所	越谷市
	氏 名	
	電 話	

産後ケア事業（宿泊型・訪問型・通所型）を利用したいため、下記のとおり申請します。
 なお、申請にあたり、同一世帯員の市民税課税状況を調査することに同意します。
 また、市が実施する子育て支援事業のため、健康づくり推進課及び利用事業者と、申請内容・利用状況について共有することに同意します。

記

申請の種類	<input type="checkbox"/> 1. 新規 <input type="checkbox"/> 2. 継続			
母子健康手帳番号				
利用者の氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成 年 月 日	
子の父の氏名	フリガナ	生年月日	昭和 平成 年 月 日	
子の氏名	フリガナ	出生体重	g	第 子
	男・女			
出産予定日	令和 年 月 日	出産日	令和 年 月 日	
退院予定日	令和 年 月 日	退院日	令和 年 月 日	
利用種別	<input type="checkbox"/> 1. 宿泊型 <input type="checkbox"/> 2. 訪問型 <input type="checkbox"/> 3. 通所型			
申請理由	<input type="checkbox"/> お母さんの体調不良（産後の体調の相談、体調に不安があるなど） <input type="checkbox"/> 家族等からの産後支援が得られない <input type="checkbox"/> 授乳や赤ちゃんの発育の相談 （母乳が足りているか、ミルクの量の相談、授乳方法や間隔の相談、体重ののびの相談） <input type="checkbox"/> 育児手技の相談（赤ちゃんのお世話の仕方、沐浴の方法、育児全般の相談） <input type="checkbox"/> 乳房状態の確認・相談			
検査結果について	以下の検査結果について、母子健康手帳をご参照の上、チェックをつけてください。 1. HBs抗原 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり 2. HCV抗体 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり 3. HIV抗体 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり 4. その他感染症 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 異常あり（ ）			
（注）ご申請の際は、下記をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 1. 申請者氏名欄は、申請者が署名してください。 <input type="checkbox"/> 2. 出産日、退院予定日及び退院日の欄は、記入できる場合のみ記入してください。				

第1号様式（第8条関係）

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。
当てはまるものに○をつけてください。

① 出産後、家事・育児などの周囲の援助は十分ですか。		はい	いいえ
・いいえの方は、どのように足りてないと感じていますか。			
② 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が（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、どのような疾患ですか。			
④ 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。		現在相談している	過去に相談したことがある いいえ
・相談した方はどのような相談ですか。			
⑤ 出産後の育児について、不安や困っていることがありますか。		はい	いいえ
・はいの方は、どのようなことですか。			
⑥ 赤ちゃんのことで伝えておきたいことや心配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。			
⑦ 食べ物に関して、アレルギー等配慮が必要なことがありますか。		はい	いいえ
・はいの方は、どのようなアレルギーですか。			
⑧ その他、気になることがあればご記入ください。			
担当者記入欄			
	受付日	年 月 日	受付担当者
	利用料区分	<input type="checkbox"/> 1. 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 2. 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 3. 生活保護世帯	