

年 月 日

(あて先) 城陽市長

城陽市産後ケア事業利用申請書兼情報提供等同意書

城陽市産後ケア事業を利用したいので、下記のとおり申請します。

記

※太枠内をご記入ください(裏面もあり)。

申請者	(ふりがな) 氏名			生年月日	年 月 日
	住民票のある住所			電話番号	
	緊急連絡先	氏名		申請者との 関係	
		住所		電話番号	
(ふりがな) 児の氏名	(男・女) 第 子		児の 生年月日	年 月 日	
利用希望 サービス	□宿泊型	年 月 日 ~ 年 月 日			
	□通所型	年 月 日			
	□訪問型	年 月 日			
世帯区分 <small>()に○をつけてください。</small>	() ①市民税課税世帯				
	() ②市民税非課税世帯 (家族数 人)				
	() ③生活保護世帯				
	() ④中国残留邦人等の支援給付受給世帯				
	申請にあたって、次の①~④の項目について同意します。				
①城陽市産後ケア事業利用申請書及び事業の利用に必要な情報を受託者に情報提供すること。					
②利用料に係る世帯区分を確認するために、私及び私の属する世帯の世帯員の課税状況および生活保護の状況等について、関係各課で調査されること。					
③決定通知後、自己都合で事前連絡なしにキャンセルした場合、産後ケアの利用料を支払うこと。					
④産後ケア利用時に母子および同居家族のいずれかが感染症疾患等に罹患している場合は利用できません。					
年 月 日			申請者氏名		

【市記入欄】

城陽市産後ケア事業

出産の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・在胎週数【週　　日】 ・分娩場所【　　】 ・分娩経過【頭位　・　骨盤位　・　その他(　　)】 ・分娩方法【自然　・　帝王切開　・　吸引　・　鉗子】 ・出血量【少量　・　中量　・　多量(　　)ml】 ・分娩・出産後の異常がありましたか。【いいえ　・　はい(あるものに○印)】 前置胎盤、前期破水、羊水混濁、羊水過多、微弱陣痛、陣痛促進剤 臍帶巻絆、その他(　　) ・子宮復古【良　・　否】 ・悪露【正　・　否】 ・乳房状態【　　】
乳児について	<ul style="list-style-type: none"> ・出生時: 体重【　　g】　　身長【　　cm】 ・出生時の異常ありましたか。【いいえ　・　はい(あるものに○印)】 仮死、チアノーゼ、ひきつけ、黄疸、奇形、その他(　　) ・栄養方法【母乳　・　混合　・　人工】 母乳　　1日(　　)回　・　(　　)時間ごと　・　1回(　　)分程度 ミルク　1日(　　)回 × 1回量(　　)ml = 1日量(　　)ml
育児状況	<ul style="list-style-type: none"> ・育児を協力してくれる人はいますか。【いいえ　・　はい(誰:　　)】 ・子育てについて気軽に相談できる人はいますか。【いいえ　・　はい(誰:　　)】
現在の状況	<ul style="list-style-type: none"> ・今の気持ちを表現するとどれになりますか? ○をしてください。 <div style="text-align: center;">  </div>
相談したいこと/心配なこと	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> お母さんの身体の回復や体調に不安がある <input type="checkbox"/> 赤ちゃんの発育・発達の確認をしたい <input type="checkbox"/> 授乳について <input type="checkbox"/> スキンケアについて <input type="checkbox"/> 沐浴について <input type="checkbox"/> 自宅での育児方法について <input type="checkbox"/> 休息をとりたい <input type="checkbox"/> 育児に対する悩みや心配事を相談したい <input type="checkbox"/> 家族などの支援が得にくい <input type="checkbox"/> その他(　　)
サポートに対するご意向	
食物アレルギーの有無	<p>※宿泊型および通所型を利用される方は必ずご記入ください。</p> <p><input type="checkbox"/> あり (　　) <input type="checkbox"/> なし</p>