

様式第 1 号（第 5 条関係）

鶴ヶ島市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

（宛先）鶴ヶ島市長

鶴ヶ島市産後ケア事業の利用を申し込みます。

なお、利用に際し、裏面の同意事項に同意します。

申込者 ☐利用者本人

☐本人以外（氏名）（利用者との関係）

（住所）（連絡先）

申請の種類	☐ 宿泊 ☐ 日帰り ☐ 訪問		
利用者氏名		生年月日	年 月 日
住所	鶴ヶ島市		
連絡先	① ②		
緊急連絡先	氏名（利用者との関係）（ ）		
	電話番号① ②		
申請理由			
子の氏名	（男・女）	生年月日	年 月 日
出産医療機関		退院日	年 月 日
利用希望日	年 月 日～ 年 月 日		
課税状況	☐ 課税世帯 ☐ 非課税世帯 ☐ 生活保護世帯		

（注）この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。

保健センター記入欄

利用施設名

担当者名

◇現在の母子の状況についてお伺いします。

1 母の体調について

(1)過去又現在に継続しての服薬や通院などがありますか

(通院：□はい 糖尿病 高血圧 貧血 腎疾患 精神疾患 その他 () □いいえ)

(服薬：□はい 薬剤名 () □いいえ)

(2)食物アレルギーはありますか(ありの場合○をつけてください)

(□あり：卵 牛乳 そば 小麦 落花生 その他 () □なし)

(3)その他アレルギーはありますか(□あり 具体的に： □なし)

(4)ケアや食事等に何か配慮が必要なことがあればお書きください。

()

(5)その他心配事があればお書きください。

()

2 利用乳児の体調等について

(1)アレルギーはありますか(□あり 具体的に： □なし)

(2)ケア等に何か配慮が必要なことがあればお書きください

()

(3)その他心配ごとがあればお書きください

()

同意事項

(1)この事業を利用するために、私の情報を産後ケア事業を提供する施設管理者に必要な範囲内で提供すること。

(2)産後ケア事業を提供する施設管理者から市に利用状況やケアの内容を報告すること。

(3)住民税の確認が必要な場合は、必要な範囲内で私の税務情報を確認すること。

(4)産後ケア事業の利用開始時に利用者負担額を施設管理者に支払うこと。

上記の者が産後ケア事業を利用するに当たり私の税務情報を確認することについて同意します。(世帯全員の署名をお書きください。)

署名 _____ 署名 _____ 署名 _____