

東久留米市産後ケア事業 利用申請書兼同意書

受付印

(あて先)東久留米市長

次のとおり、東久留米市産後ケア事業の利用を申請します。 申請日 年 月 日

利用者	フリガナ				生年月日	(昭和・平成) 年 月 日 (歳)		
	氏名							
	居住地	(〒 -) 東久留米市			連絡先(電話番号) 自宅: 携帯:			
	緊急連絡先	フリガナ 氏名: (利用者との関係:) 連絡先:						
	出産日 (出産予定日)	令和 年 月 日 ☐ (予定日の場合は ☒)			(産前の場合) 現在の妊娠週数		週	
	出産医療機関							
(利用者 は除く) 世帯 構成	氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢		
利用者の婚姻状況の 確認		☐ 既婚 ☐ 未婚 ☐ 離婚 ☐ 死別 ☐ その他()						
区 分		利用者を利用者の配偶者のいずれも以下に当てはまる場合は、 ☐ を付けて下さい。 ☐ 市民税非課税者 ☐ 生活保護受給者 (☒ のない場合は市民税課税者とみなします。) ※非課税世帯減免の申請をする場合は証明書類の提出をお願いします。						
利用 希望 サー ビス 区 分	サービス種類	利用予定(目安)等			利用希望施設等			
	☐ ショートステイ(宿泊型)	☐ 産後、継続して利用 ☐ 退院後利用(産後 週頃) ☐ その他()						
	☐ デイサービス(1日型)	☐ 産後 週頃 ☐ 令和 年 月 日頃						
	☐ デイサービス (集団型 ※新米ママと赤ちゃんの会)	☐ 対象児氏名: 生年月日:令和 年 月 日			☐ 利用希望月 令和 年 月			
	☐ アウトリーチ(訪問型)	☐ 退院後すぐに ☐ 産後 週頃 【希望訪問時間】 ☐ 午前 ☐ 午後 ☐ どちらでもよい 【駐車場の有無】 ☐ ある ☐ ない※時間貸し駐車場利用 の場合は、駐車料金を全額お支払いいただきます。						
現在治療中の病気はありますか		☐ ない ☐ ある(病気の名前)						
心理的あるいは精神的なことで専門機関に 相談したことはありますか		☐ ない ☐ ある(病気の名前、症状)						

裏面も必ずご確認ください・ご記入をお願いいたします。

申請理由 (□に✓を付けて下さい) 複数回答可	☐自分の体調が優れない ☐授乳について不安がある ☐育児方法について相談したい ☐家族などから援助が受けられない ☐子どもと離れて休息したい ☐同月齢の子を持つママたちと交流したい ☐その他()
希望するサービス (□に✓を付けて下さい) 複数回答可	☐母体の健康管理や生活指導 ☐授乳指導等 ☐乳児の沐浴や育児方法の指導 ☐発育・発達のチェック、体重・排泄のチェックなどの乳児の管理 ☐母のリフレッシュ時間の提供 ☐その他()
同意欄 (利用者、又は配偶者が記載してください)	情報提供、施設の利用、支払いに関する同意書 (1) 市が実施施設に対し、産後ケア事業の実施にあたり必要となる利用者の情報等を提供すること、及び、実施施設が、サービスの利用状況等を市へ情報提供することについて了承します。 (2) 出産医療機関と産後ケア実施施設が異なる場合、出産医療機関が産後ケア実施施設に対し、継続したケアを行うために必要な情報等を提供することについて了承します。 (3) 利用日当日、実施施設の状況等により、利用が出来ない場合があります。 (4) 母子に医療行為が必要と判断された場合、当事業が利用できなくなることを了承します。 (5) 産後ケア利用後に、公費負担額を除いた自己負担金等を施設に支払います。 年 月 日 氏名 (署名又は記名押印)
同意欄 (利用者、又は配偶者が記載してください)	税情報等確認に関する同意書 産後ケア事業の利用審査及び利用者負担金決定の審査にあたり、市が利用者及びその配偶者の情報や公簿等、事務処理に必要な情報を調査することに同意します。また、当該調査により確認ができない場合は、市が求める必要書類等※1を提供します。 年 月 日 氏名 (署名又は記名押印)

※1 市民税非課税者としてサービスの利用を希望され、かつ、1～6月までに申請する方は前年の1月1日現在、7～12月末までに申請する方は申請する年の1月1日現在において東久留米市に住民登録がない場合は、前住所地で課税証明書等の交付を受け、提出してください。