

芦屋市産後ケア事業利用申請書兼同意書

芦屋市長 宛

令和 年 月 日

関係書類を添えて、下記のとおり芦屋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	昭和 年 月 日		
	氏名			平成 年 月 日		
	住所	芦屋市 町 番 号		電話番号 ()		
	フリガナ		出生日(出産予定日)	令和 年 月 日		
	乳児氏名			(令和 年 月 日)		
	出産(予定)医療機関		在胎週数	週	出生体重	g
緊急連絡先	フリガナ		申請者との関係			
	氏名					
	住所		電話番号			
世帯構成	氏名	フリガナ	続柄	生年月日	職業	
				年 月 日		
				年 月 日		
				年 月 日		
				年 月 日		

同意欄						
<p>1 芦屋市産後ケア事業の利用にあたり、芦屋市が協力医療機関等に対して必要な個人情報を提供すること及び協力医療機関等が芦屋市に対して必要な個人情報を提供すること。</p> <p>2 芦屋市が芦屋市産後ケア事業に係る審査に必要な範囲において、申請者及び同一世帯員の市民税課税状況等について調査・閲覧し、当該調査で確認できない場合は申請者が必要な書類を提出すること。</p> <p>3 利用決定後、利用日をやむを得ず変更またはキャンセルする場合は、速やかに協力医療機関等へ連絡すること。</p> <p>4 芦屋市産後ケア事業の自己負担金を、芦屋市に支払うこと。</p> <p>5 芦屋市産後ケア事業利用時の注意事項等を遵守すること。</p> <p>6 申請から利用日時まで5日程度、日にちを要すること。</p>						
上記1から6について、同意いたします。				令和 年 月 日	申請者氏名	
				(自署)		

※市記入欄

世帯区分	世帯種別	訪問型	通所型	宿泊型
	世帯区分	□夫と妻の合算所得が1,500万円以上の世帯	円	円
基準額		2,000円	8,000円	9,000円
□一般世帯		円	円	円
基準額		1,000円	4,500円	5,000円
□生活保護世帯・市民税非課税世帯		円	円	円
基準額		0円	500円	1,000円
世帯区分	□多胎のとき乳児一人につき	円	円	円
	基準額	500円	500円	1,500円

(裏面あり)

希望理由	<input type="checkbox"/> 出産後の体調に不安や不良があり、休養を取りたいため。	<input type="checkbox"/> 出産後育児について、不安があるため。
	<input type="checkbox"/> 出産後の家事、育児などの日常生活を送ることが難しいため。	<input type="checkbox"/> その他()

※2 市記入欄

利用希望日	訪問	通所	宿泊	※2 施設へ 情報提供	※2 利用申請日
年 月 日	<input type="checkbox"/> 訪問	<input type="checkbox"/> 通所	<input type="checkbox"/> 宿泊	<input type="checkbox"/>	年 月 日
年 月 日	<input type="checkbox"/> 訪問	<input type="checkbox"/> 通所	<input type="checkbox"/> 宿泊	<input type="checkbox"/>	年 月 日
年 月 日	<input type="checkbox"/> 訪問	<input type="checkbox"/> 通所	<input type="checkbox"/> 宿泊	<input type="checkbox"/>	年 月 日
年 月 日	<input type="checkbox"/> 訪問	<input type="checkbox"/> 通所	<input type="checkbox"/> 宿泊	<input type="checkbox"/>	年 月 日
年 月 日	<input type="checkbox"/> 訪問	<input type="checkbox"/> 通所	<input type="checkbox"/> 宿泊	<input type="checkbox"/>	年 月 日
年 月 日	<input type="checkbox"/> 訪問	<input type="checkbox"/> 通所	<input type="checkbox"/> 宿泊	<input type="checkbox"/>	年 月 日
年 月 日	<input type="checkbox"/> 訪問	<input type="checkbox"/> 通所	<input type="checkbox"/> 宿泊	<input type="checkbox"/>	年 月 日
利用希望施設 ※1 訪問型を希望される場合は記入不要				/	

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) 出産歴を教えてください。
はじめて・()回目

(2) 産後ケア事業でどのような内容を希望されますか？
 お母さんの心身の健康管理と産後の生活に関する相談
 授乳方法の相談や乳房のケア(乳房マッサージを含む)
 赤ちゃんのお世話の仕方などの育児相談(沐浴、スキンケアなど)
 その他()

(3) 体調不良や不安がありますか？
 いいえ ・ はい → はいの方は、どのようなことですか？
 []

(4) 過去に大きな病気をされたこと(または、治療中の病気)はありますか？
 いいえ ・ はい → はいの方は、どのようなご病気ですか？
 []

(5) 過去や現在、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？
 いいえ ・ 現在相談している ・ 過去に相談していた

(6) 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？
 いいえ ・ はい → はいの方は、どのような内容ですか？
 []

(7) 出産後の育児について、不安や困っていることはどのようなことですか？
 []

(8) 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？
 いいえ ・ はい → はいの方は、どのようなことですか？
 []

(9) その他、気になることがあればご記入ください。
 []