様式第１号（第６条関係）

年　　月　　日

　鯖江市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住所

　　　　　　　　　　　　　（利用希望者）氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話

鯖江市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

　鯖江市産後ケア事業実施要綱第６条の規定により、産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

　この申請についての審査に当たり、市長が、私が出産した医療機関等に対し必要な調査および連絡をすることならびに私の世帯の所得等必要な事項を公簿その他必要な方法により調査することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請の理由 | １ 身体的機能回復について不安があるため。２ 育児に対する不安が高いため。３ 出産により日常生活に支障をきたすおそれがあるため。４　その他(理由：　　　　　　　　　　　　　　　　) |
| 出産施設名 |  |
| 出産（予定）日 |  年　　月　　日 | 退院（予定）日 | 　　年　　月　　日 |
| 利用希望期間 | 宿泊　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日　　　日間通所　　年　　月　　日　～　　年　　月　　日　　　日間 |
| 世帯の区分（該当する場合は、番号に○をつけてください。） | １ 生活保護法による被保護世帯２ 市民税非課税世帯３ 天災その他特別な事情により利用料の支払いが困難な世帯(具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　)４ 上記以外の世帯 |

様式第２号（第６条関係）

年　　月　　日

　鯖江市長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　利用希望者氏名

　　　　鯖江市産後ケア事業利用申告書

　鯖江市産後ケア事業実施要綱第６条の規定により、産後ケア事業の利用のため、次の事項を申告します。

　なお、市長が利用先の医療機関等にこの申告内容を提供することに同意します。

|  |  |
| --- | --- |
| 利用希望者の状況 | 妊娠中の異常　無・有（具体的に　　　　　　　　　　　）　 |
| 分娩中の異常　無・有（具体的に　　　　　　　　　　　） |
| 出産後の異常　無・有（具体的に　　　　　　　　　　　） |
| その他育児について不安に思うことなど（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 出生児の状況 | 名前 | 　　　　　（第　　子） | 体重 | 　　　　　　　ｇ |
| 出生時の異常　無・有（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他の異常　無・有（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 育児協力者の状況 | 同居の家族（必要に応じて書き加えおよび二重線で見え消ししてください。）夫・実父・実母・義父・義母・子（　　人）※　同居の家族のうち、育児協力者に◎をつけてください。 |
| 同居の家族以外の育児協力者 |

注　申告時には、母子健康手帳をお持ちください。