様式第１号（第６条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

鯖江市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

鯖江市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　（産婦との続柄：　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電　　話

　鯖江市産後ケア事業実施要綱第６条第１項の規定に基づき、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。

　なお、本申請に当たり、鯖江市が、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。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者氏名 |  | | 生年月日 | | | |
| 年　　　月　　　日（　　　歳） | | | |
| 住　　所 | □　申請者住所と同じ | | | | | |
| 滞在先住所 | ※里帰り等により住所地以外での滞在先（福井県内に限る）がある場合に記入 | | | | | |
| 電話番号 | □　申請者電話番号と同じ | | | | | |
| 食物アレルギー | □　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　）　　□　なし | | | | | |
| 世帯区分 | □　市町民税課税世帯　　□　市町民税非課税世帯　　□　生活保護世帯 | | | | | |
| 緊急連絡先 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者との関係（　　　　）  電話 | | | | | |
| 出産(予定)日  （出産(予定)施設） | 年　　　月　　　日　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 妊娠、分娩、出産後の状況 | 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 児の状況 | 氏名 | | | | 生年月日　　　　　年　　月　　日 | |
| 性別　　　　　男　・　女 | | | | 出生順位　　第　　　子 | |
| 出生体重　　　　　　　　　　　ｇ | | | | 在胎週数　　　　　週　　　日 | |
| 出生時の異常：　無・有（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| その他の異常：　無・有（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| ２児の場合 | 氏名 | | | 生年月日　　　　　年　　月　　日 | | |
| 性別　　　　　男　・　女 | | | 出生順位　　第　　　子 | | |
| 出生体重　　　　　　　　　　　ｇ | | | 在胎週数　　　　　週　　　日 | | |
| 出生時の異常：　無・有（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| その他の異常：　無・有（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 利用の理由  ※利用を希望される理由に当てはまるものを選び、状況を記入してください。（複数選択可） | □　乳房ケアや授乳についての指導  （具体的な状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　育児相談や育児技術の指導  （具体的な状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　母子の健康管理、乳児の発育・発達の確認  （具体的な状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　休息時間の確保  （具体的な状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □　その他  （具体的な状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 希望するサービス  ※希望するサービスを選んでください。  □　宿泊型  □　通所型 | 希望回数 | 希望する日 | | | | 希望する時間帯 |
| 回(泊) | 年　　月　　日～　　　月　　日 | | | | ：　　～　　　： |
| 年　　月　　日～　　　月　　日 | | | | ：　　～　　　： |
| 年　　月　　日～　　　月　　日 | | | | ：　　～　　　： |
| 年　　月　　日～　　　月　　日 | | | | ：　　～　　　： |
| 年　　月　　日～　　　月　　日 | | | | ：　　～　　　： |
| 利用希望する施設  （事業者） | 第１希望（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  第２希望（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  第３希望（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ※施設（事業者）の状況により希望に添えないこともあります。 | | | | | |

※キャンセル料の徴収について

宿泊型および通所型（６時間型）の利用申込をされた場合において、利用前日以降の利用者の都合によるキャンセルにはキャンセル料がかる場合がありますので、速やかに利用申込をされた施設にご連絡ください。