

阿蘇市長 様

阿蘇市産後ケア事業利用申請書兼同意書

下記のとおり、阿蘇市産後ケア事業を利用したいので申請します。

申請者	母子手帳 発行日	年 月 日発行		母子手帳番号	NO
	フリガナ			生年月日	年 月 日
	氏 名			年 齢	歳
	住 所	(アパート名、号数もお書きください) 阿蘇市  (行政区)		今回の出産	第 子目
緊急連絡先	氏 名	(続柄： )		電話番号	(普段連絡が取れる番号)
出産(予定)日	年 月 日			出産(予定) 医療機関等	
届出者 (利用者とは異なる場合)	<input type="checkbox"/> 利用者と同じ（記入不要）			<input type="checkbox"/> 利用者とは異なる（以下に記入）	
申請理由 (当てはまるものに○を付けてください)	身体的状況	<input type="checkbox"/> ① 出産後の身体的な不調や回復の遅れが現れることに不安がある <input type="checkbox"/> ② 出産後の母体の健康管理を行うことに不安がある <input type="checkbox"/> ③ 母乳の分泌や授乳の仕方などに不安がある <input type="checkbox"/> ④ 主治医等から、産後ケア事業の利用を勧められている			
	心理的状況	<input type="checkbox"/> ① 出産への心理的な不安があり、身近に相談できる人がいない <input type="checkbox"/> ② 妊娠前から心理的不調があり、出産後も継続する可能性がある <input type="checkbox"/> ③ 母乳の分泌や授乳の仕方などに不安がある <input type="checkbox"/> ④ 主治医等から、産後ケア事業の利用を勧められている			
	利用者の状況	<input type="checkbox"/> ① 継続的に専門職による育児及び保健指導を受ける必要がある <input type="checkbox"/> ② 家族等から十分な育児支援を受けられない（支援者不在を含む） <input type="checkbox"/> ③ 主治医等から、産後ケア事業の利用を勧められている			
希望するサービス (○を付ける)	( )	宿泊型	希望期間	年 月 日頃から ( ) 日間程度	
			希望施設		
	( )	訪問型	訪問場所	自宅 ・ 自宅以外 (自宅以外の場合訪問先住所を下記に記載) 訪問先住所：	
特に希望するサービス内容 (○をつけてください)	<input type="checkbox"/> ① 身体的ケア及び保健指導、栄養指導 <input type="checkbox"/> ② 適切な授乳が実施できるためのケア（乳房ケアを含む。） <input type="checkbox"/> ③ 心理的ケア <input type="checkbox"/> ④ 育児の手技についての具体的な指導及び相談 <input type="checkbox"/> ⑤ 生活の相談				

**【同意書】**

1. 産後ケア事業利用申請の審査にあたり、市長が私及び私の世帯員の住民票関係情報・地方税関係情報・生活保護関係情報及び児童扶養手当関係情報を閲覧することに同意します。
2. 利用者の産後の状況確認のため、サービス利用に必要な情報を阿蘇市と指定医療機関等や助産師が相互に情報提供することに同意します。
3. サービス利用に費用が発生する場合は、指定医療機関等や助産師に利用料を支払うことに同意します。
4. 無断キャンセル等により利用料等の支払義務が発生した場合は、利用料を支払うことに同意します。

年 月 日 署名

阿蘇市記入欄(ここから先は、何も記入しないでください)

受付年月日	利用者 NO.	結果	結果通知日
	NO.	承認 ・ 不承認	

区分 (利用者負担金)	項目	該当の有無	確認者氏名
税務課確認欄	市町村民税(世帯全員)	課税 非課税	
福祉課確認欄	生活保護受給世帯	該当 非該当	
	児童扶養手当受給	該当 非該当	

## 世帯調書及び同意書

次のとおり、産後ケア事業の利用認定に必要な受給者の属する世帯構成員の市民税関係及び生活保護受給の認定状況の調査に同意します。

※世帯構成員とは、居住及び生計を共にしている者をいいます。

ふりがな		生 年 月 日
利用者氏名		年 月 日
住所	阿蘇市 (行政区)	
ふりがな		生 年 月 日
世帯員氏名		年 月 日
ふりがな		生 年 月 日
世帯員氏名		年 月 日
ふりがな		生 年 月 日
世帯員氏名		年 月 日
ふりがな		生 年 月 日
世帯員氏名		年 月 日
ふりがな		生 年 月 日
世帯員氏名		年 月 日
ふりがな		生 年 月 日
世帯員氏名		年 月 日
阿蘇市長 様  年 月 日  署名 _____		