

千歳市産後ケア事業利用登録申請書兼同意書

申込日 令和 年 月 日

千歳市長 様

私は、次のとおり千歳市産後ケア事業の利用登録を申請します。

次の記載事項で該当する□には、☑を付けてください。

申請者 ☐利用者本人（未成年者は、本人以外の欄に保護者も記載してください）
☐本人以外（氏名）（利用者との関係）
（住所）（電話番号）

利 用 者	ふりがな				生年月日	(昭和・平成)		
	氏 名					年	月	日 (歳)
	住 所	千歳市						
	連絡先	(電話番号) 自宅:			携帯:			
	ふりがな 緊急連絡先	氏名:			(利用者との関係:		)電話番号	
	☐ 出産日 ☐ 分娩予定日	令和 年 月 日 産前の場合、現在の妊娠期間 _____週			出産(予定)施設名			
出 生 子					☐ 男	出生体重 g		
	氏 名	(第 子)			☐ 女	在胎週数 週 日		
世 帯 構 成	氏名(本人と本出生子は除く)	続柄	年齢	氏名(本人と本出生子は除く)	続柄	年齢		
			歳			歳		
			歳			歳		
			歳			歳		
申請の理由								
希望する ケア内容 複数回答可		☐ 産後のからだと心のケア・健康相談 ☐ 乳房の手当て(乳房マッサージを含む) ☐ 心身の休養 ☐ 育児相談(授乳・抱っこ・泣きの対応など) ☐ 赤ちゃんの発育・発達のチェック、健康相談 ☐ 沐浴の介助 ☐ その他()						
希望する 利用方法		☐ 訪問型 ☐ デイサービス型	利用期 間の目 安	産後_____週頃から、 _____週間 ・ _____か月				

※市記入欄

裏面もあります。

現在の状況についてお伺いします。		□妊娠	週	／	□産後	か月	日
1 健康状態・体調等について (1) 過去または現在に継続して服薬や通院などがありますか。 通院: □はい→ 糖尿病 高血圧 貧血 腎疾患 精神疾患 その他() □いいえ 服薬: □はい→ 薬剤名() □いいえ (2) 身体障害者手帳または自立支援手帳をお持ちですか。 □はい □いいえ (3) アレルギーはありますか。ありの場合は、その種類をお書きください □なし □あり() (4) 産後ケアを利用するにあたり、心配ごとや相談しておきたいことがあればお書きください。 ()							
2(出産後の方へ)お子様について (1) 健診以外に通院や、かかりつけ医から注意事項、心配ごとがあればお書きください。 () (2) 赤ちゃん訪問について。 □実施済み→ 訪問日 月 日 □未実施 → □訪問予約済み(予約日 月 日) □未予約							
同意欄							
(1) 千歳市産後ケア事業(以下「本事業」)の利用にあたり、住民基本台帳による世帯状況・母子保健情報・利用者負担金の決定に係る課税状況について、必要な範囲で調査・確認をすること。 (2) 本事業を委託する事業所(以下「委託事業者」)に対して、事業の利用に当たって必要な私及び家族の個人情報が提供されること。 (3) 本事業を利用した支援情報は、市の母子保健を担当する保健師へ提供されること。 (4) 委託事業者が、受診先である医療機関等からケアの継続に必要な情報提供を受けること。 (5) 本事業の1回利用ごとに、利用料の自己負担分を委託事業者に対して支払うこと。 (6) 委託事業者の状況等により、利用希望日に利用できない場合があること。 (7) 前々日12時以降のキャンセルは、利用したこととみなし、委託事業者へキャンセル料として利用者負担金を支払うこと。また、委託事業者から利用券の提出を求められた場合は、7日以内に提出すること。 (8) 医療行為等が必要になった場合または感染症のり患中は、本事業の利用ができない場合があること。 (9) 本事業の利用決定後の取り消しまたは決定内容の変更をしたい場合は、速やかに市に連絡すること。 上記(1)～(9)に同意します。 署名 _____ (利用者との関係) _____							

※ この書類に係る個人情報につきましては、プライバシーの保護に十分配慮し、本事業以外の目的で使用されることはありません。