

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	
	<input type="checkbox"/> 出産日	令和 年 月 日			出産(予定)施設名	
<input type="checkbox"/> 分娩予定日	産前の場合、現在の妊娠期間 _____週					
出生子	ふりがな			<input type="checkbox"/> 男	出生体重 g	
	氏名	(第 子)		<input type="checkbox"/> 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						
<input type="checkbox"/> 産後のからだと心のケア・健康相談 <input type="checkbox"/> 乳房の手当て(乳房マッサージを含む) <input type="checkbox"/> 心身の休養 <input type="checkbox"/> 育児相談(授乳・抱っこ・泣きの対応など) <input type="checkbox"/> 赤ちゃんの発育・発達のチェック、健康相談 <input type="checkbox"/> 沐浴の介助 <input type="checkbox"/> その他()						
希望する利用方法		<input type="checkbox"/> 訪問型	利用期間の目安	産後_____週頃から、_____週間・_____か月		
		<input type="checkbox"/> デイサービス型				

※市記入欄

裏面もあります。

母子健康手帳 No	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯	登録 No.	承認日
-----------	---	--------	-----

現在の状況についてお伺いします。		<input type="checkbox"/> 妊娠	週	／	<input type="checkbox"/> 産後	か月	日
<p>1 健康状態・体調等について</p> <p>(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。</p> <p>通院:<input type="checkbox"/>はい→ 糖尿病 高血圧 貧血 腎疾患 精神疾患 その他()</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>服薬:<input type="checkbox"/>はい→ 薬剤名()</p> <p><input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>(2) 身体障害者手帳または自立支援手帳をお持ちですか。</p> <p><input type="checkbox"/>はい <input type="checkbox"/>いいえ</p> <p>(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)</p> <p><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり()</p> <p>(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。</p> <p>()</p>							
<p>2(出産後の方へ)お子様について</p> <p>(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。</p> <p>()</p> <p>(2) 赤ちゃん訪問について。</p> <p><input type="checkbox"/>実施済み→ 訪問日 月 日</p> <p><input type="checkbox"/>未実施 → <input type="checkbox"/>訪問予約済み(予約日 月 日) <input type="checkbox"/>未予約</p>							
同意欄							
<p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>(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。</p> <p>上記(1)～(9)に同意します。</p> <p style="text-align: center;">署名 _____ (利用者との関係) _____</p>							

※ 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。