

岡崎市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

(宛先) 岡崎市長

岡崎市産後ケアを利用したいので、次のとおり申請します。

申請者 (産婦)	(ふりがな) 氏名	(自署)	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)
	住所	岡崎市 電話		
子	(ふりがな) 乳児氏名	第 子	出生体重	g
	出産施設名		出産日	年 月 日 (在胎週数 週)
緊急連絡先	(ふりがな) 氏名	続 柄 () 電話		
階層区分	☐ 生活保護世帯 ☐ 市民税非課税世帯 ☐ 市民税課税世帯			
希望サービス	☐ 宿泊型 ☐ デイサービス型 ☐ 訪問型			
利用希望施設		希望日	年 月 日	
同意欄	① 世帯構成について、岡崎市が調査することに同意します。 ② 世帯構成員の住民税課税状況（生活保護を受給している場合は、生活保護の受給状況を含む。）について、岡崎市が調査することに同意します。 ③ 本申請書の内容その他の必要な情報を関係機関に提供すること及び利用者の健康状態等について実施施設から岡崎市に情報提供することに同意します。			
			申請者氏名	(自署)

- 【注意】
- この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。
窓口申請が難しい場合、事前にご連絡ください。
 - 裏面の既往歴及び利用目的の記入をしてください。
 - 訪問型については、駐車場がない場合は、近隣での駐車場確保をお願いします。
またコインパーキング利用の場合は費用の負担をお願いします。
 - 関係機関とは、実施機関、岡崎市健康増進課又は愛知県西三河児童・障害者相談センターのことです。

○ 産婦及び子の既往歴をお尋ねします

既往歴	産婦	無 有 ➡ 1 心臓病 2 高血圧 3 糖尿病 4 肝炎 5 こころの病気 (うつ病・パニック障害・統合失調症・双極性障害・その他()))
	子	無 有 ➡ ()

○ 産後ケア事業の利用目的をお尋ねします

利用目的	☐ 育児の方法を知りたい ☐ 授乳の方法を知りたい ☐ 乳房ケアの方法を知りたいまたは乳房ケアをしてほしい ☐ 相談したいことや気になることがある ☐ 産後の体調管理(からだ・こころ)について知りたい ☐ 休息したい ☐ その他 ()
------	---