

天童市産後ケア事業利用（追加）申請書兼情報提供同意書

（宛先）天童市長

次のとおり天童市産後ケア事業の利用を申請します。

申請者 (利用者)	(ふりがな) 氏名		生年月日		年 月 日(歳)			
	住所		天童市 電話(携帯)					
	緊急連絡先		氏名		申請者との関係			
			住所		電話			
	(ふりがな) 乳児の氏名		男・女	出生 体重	g	生年月日	年 月 日	第 子
	(ふりがな) 乳児の氏名		男・女	出生 体重	g	生年月日	年 月 日	第 子
	出産医療機関名				在胎週数	週 日		
裏面の必要事項を記入してください	利用回数上限 あわせて7日	<input type="checkbox"/> ショートステイ		利用希望日 年 月 日～ 年 月 日(泊日)				
		<input type="checkbox"/> デイケア		利用希望日数 計 日 利用希望日 ()				
	あわせて2回	<input type="checkbox"/> 乳房ケア（通所型）						
		<input type="checkbox"/> 乳房ケア（訪問型）						
確認事項	<ul style="list-style-type: none"> ・分娩状況 <input type="checkbox"/>異常なし <input type="checkbox"/>特記事項あり () ・産後の体調 <input type="checkbox"/>良 <input type="checkbox"/>不良 () ・治療中の疾患 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 () ・内服の有無 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 () ・アレルギーや感染症 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 () ・栄養法 <input type="checkbox"/>母乳 <input type="checkbox"/>混合 <input type="checkbox"/>人工乳 <input type="checkbox"/>その他 () ・児の健康状態 <input type="checkbox"/>異常なし <input type="checkbox"/>特記事項あり () 							
かかりつけの 医療機関 <small>※必要時情報提供する 場合があります</small>	病院名※治療中の疾患がありましたらご記入ください 母： (電話番号) 児： (電話番号)							
天童市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書に記載した情報及びサービスの利用に必要な情報を天童市産後ケア事業を実施する事業者へ情報提供することに同意します。また、利用者の健康状態について、事業者から天童市に情報提供することに同意します。 天童市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書に記載した情報及びサービスの利用に必要な情報を医療機関へ情報提供することに同意します。 天童市が審査に必要な範囲で住民基本台帳について調査・閲覧することに同意します。								
年 月 日				申請者氏名 _____				

希望事業者は原則1か所選択ください。希望するサービス内容には☑をつけ具体的にご記入ください。
状況により希望に添えない場合がありますので予めご了承ください。

1 ショートステイ・デイケア ※利用時その都度申請が必要です。

希望事業者名	
特に利用を希望するサービス内容に☑を付けてください。	<input type="checkbox"/> 産後の母の健康管理や生活面の指導(具体的に：) <input type="checkbox"/> 乳房ケアや授乳方法の指導(具体的に：) <input type="checkbox"/> 乳児の沐浴、発育・発達のチェック、体重・排泄、栄養のチェック、スキンケア等の育児方法の指導 <input type="checkbox"/> 育児相談(具体的に：) <input type="checkbox"/> その他 ()

2 乳房ケア(通所型) ※日程は、利用承認後に施設と調整してください。

希望事業者名	
特に利用を希望するサービス内容に☑を付けてください。	<input type="checkbox"/> 乳房ケアや乳房マッサージ(具体的に：) <input type="checkbox"/> 授乳量や授乳方法の指導(具体的に：) <input type="checkbox"/> 育児相談(児の発育・発達のチェックなど) <input type="checkbox"/> その他 ()

3 乳房ケア(訪問型) ※日程は、利用承認後に施設と調整してください。 ※駐車場を準備してください。

希望事業者名	
特に利用を希望するサービス内容に☑を付けてください。	<input type="checkbox"/> 乳房ケアや乳房マッサージ(具体的に：) <input type="checkbox"/> 授乳量や授乳方法の指導(具体的に：) <input type="checkbox"/> 育児相談(児の発育・発達のチェックなど) <input type="checkbox"/> その他 ()

※自治体記入欄

申請受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
通知年月日	年 月 日	承認 (No.)	・ 不承認
利用依頼事業者			