

東大阪市産後ケア事業利用申請書兼情報提供書

(宛先) 東大阪市長

年 月 日

私は、下記のとおり東大阪市産後ケア事業の利用を申請します。

※太枠内の項目についてご記入ください。

産前 ・ 産後	健康管理番号
---------	--------

申請者 (利用者本人)	(ふりがな) 氏名	()	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)	
	住所	〒 東大阪市		電話 携帯	
	緊急連絡先	氏名	(申請者との関係)		
		住所			
		電話	自宅・携帯・勤務先	自宅・携帯・勤務先	
	出産(予定)日	年 月 日	出産(予定)医療機関・助産所の名称		
利用する乳児の氏名	(ふりがな) ()	在胎週数 週	()	在胎週数 週	
	(男・女) (第 子)	出生体重 g	(男・女) (第 子)	出生体重 g	

世帯構成	氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢

世帯の区分 () に○をつける (直近の年度の課税状況) () 課税世帯 () 市民税非課税世帯 () 生活保護世帯※証明書類添付要

利用申請理由 該当する項目に○をしてください	1. 授乳や赤ちゃんの体重ののびの相談 (母乳が足りているか、ミルクの量の相談、授乳の方法や間隔の相談、体重ののびの確認等) 2. 育児手技の相談 (赤ちゃんの発達に応じたお世話の仕方、お風呂の入れ方、家庭での育児の相談等) 3. お母さんの体調不良 (産後の体調等の相談、体調に不安がある等) 4. 乳房の状態の確認・相談
---------------------------	--

利用サービス (希望するサービス名の左欄に全て○をし、右欄に必要事項を記入してください)

	ショートステイ (利用希望施設)					
	デイサービス (利用希望施設)					
訪問型	訪問場所	・申請者住所と同じ		・その他 (東大阪市 様方)		
	希望の内容	・母親支援		・育児支援		

◎下記については、申請時に窓口で記入します。

利用日程計画	利用 (予定) 日	利用 (予定) 機関	ショートステイ (泊数)	デイサービス (日数)	訪問 (回数)	※市記入欄	
						機関へ申込済	利用者から機関へ申込必要
			泊	日	回		
			泊	日	回		
			泊	日	回		
			泊	日	回		
			泊	日	回		
			泊	日	回		

*** 裏面もご記入ください**

◎ご利用にあたっての参考にさせていただきます。下記についてお答えください。

- ①出産後、家事・育児などの周囲の援助は十分ですか。 はい ・ いいえ
いいえの方は、どのように足りていないと感じますか。
()
- ②体調に不安がありますか？ はい ・ いいえ
はいの方は、どのようなことですか？
()
- ③過去に大きな病気をされたこと（または、現在治療中の病気）はありますか？ はい ・ いいえ
はいの方は、どのような病気ですか？（差し支えない範囲でお答え下さい）
()
- ④過去や現在に、こころの問題でカウンセラーや心療内科、精神科クリニック等に相談した事がありますか？ はい ・ いいえ
現在相談している ・ 過去に相談したことがある ・ いいえ
相談した方は、どのような内容ですか？
()
- ⑤食べ物に関して、アレルギー等配慮が必要なことはありますか？ はい ・ いいえ
はいの方は、どのような内容ですか？
()
- ⑥出産後の育児について、不安や困っていることがありますか？ はい ・ いいえ
はいの方は、どのようなことですか？
()
- ⑦赤ちゃんのことで伝えておきたいことや心配なことはありますか？ はい ・ いいえ
()
- ⑧その他、気になることがあればご記入ください。
()

利用プラン （申請面接時に作成します。）

同意欄

- ①利用者負担金を確認するために提出した書類について誤りまたは不備がある場合は、東大阪市が審査に必要な範囲で課税状況について調査・閲覧し、当該調査で確認できない場合は申請者が必要書類を提出すること。
- ②産後ケア事業の利用にあたり、東大阪市が委託医療機関等に対して必要な個人情報（本利用申請書兼情報提供書等）を提供すること、及び委託医療機関等が東大阪市に対して必要な個人情報を提供すること。
- ③申込済の利用日をやむを得ず変更又はキャンセルする場合は、速やかに当該施設または訪問担当者に連絡すること。利用日の前々日の17時までに連絡がない場合、キャンセル料がかかる場合があること。
- ④利用者負担金を施設または訪問担当者に対して支払うこと。（市民税非課税世帯および生活保護世帯として承認を受けた者を除く）
- ⑤利用プランについて、上欄のとおりと確認したこと。
- ⑥申請時に交付する本利用申請書兼情報提供書の写しの管理について、申請者（利用者本人）が責任をもつこと。
- ⑦利用日時点で、母子ともに東大阪市に住所を有すること。

上記①②③④⑤⑥⑦に同意します。 氏名 _____

※市確認欄

世帯の課税状況（ A ・ B ）

保健センター受付サイン（ _____ ）

保健センター受付印

--