

豊川市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

年 月 日

豊川市長 様

次のとおり豊川市産後ケア事業の利用を申請します。

利用希望者	(ふりがな) 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)		
	郵便番号 住所 電話番号	〒 - 豊川市 電話番号：			母子健康 手帳番号	
	出産（予定） 施設名		出産予定日	年 月 日		
産後記入欄	(ふりがな) 児の氏名	男・女	生年月日	年 月 日		
			在胎週数	週	出生体重	g
	(多胎児の場合) 児の氏名	男・女	在胎週数	週	出生体重	g
世帯構成	氏名		続柄	生年月日		職業など
			本人	年 月 日		
				年 月 日		
				年 月 日		
				年 月 日		
				年 月 日		
利用希望区分	利用型	利用予定（目安）等		利用日数		利用施設
	<input type="checkbox"/> 宿泊型	<input type="checkbox"/> 産後、継続して利用 <input type="checkbox"/> その他（ ）		日		
	<input type="checkbox"/> デイサービス型	<input type="checkbox"/> 退院後すぐに <input type="checkbox"/> その他（ ）		日		
	<input type="checkbox"/> アウトリーチ型	<input type="checkbox"/> 退院後すぐに <input type="checkbox"/> その他（ ） 【駐車場の有無】 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない		日		
申請理由 (複数回答可)		<input type="checkbox"/> （１）産後に心身の不調や育児不安等がある者 <input type="checkbox"/> （２）母子の出産退院後の在宅生活において、養育上の支援が特に必要であると産科医療機関等が認める者 <input type="checkbox"/> （３）上記以外に、特に社会的支援の必要がある者				
世帯の区分		<input type="checkbox"/> ①課税世帯 <input type="checkbox"/> ②住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> ③生活保護世帯				
添付書類		<input type="checkbox"/> 生活保護適用証明書 <input type="checkbox"/> 住民税非課税証明書（世帯全員分）				
同意欄		・世帯構成については、豊川市が調査を行うことに同意します。 ・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、豊川市が調査することに同意します。 ・本申請書の内容を豊川市産後ケア実施事業所に提供すること及び利用者の健康状態等について事業者から豊川市保健センターに情報提供することに同意します。				
		署 名				

（注）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。

※豊川市記入欄

利用者負担	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし(生活保護世帯 非課税世帯)
決定日	年 月 日
審査結果	<input type="checkbox"/> 承認 (承認番号：) <input type="checkbox"/> 不承認
特記事項	
所見	