様式第１-１号（第９条関係）　　母子利用　別紙１

泉南市産後ケア事業利用申請書兼情報提供書

年　　月　　日

申請先 泉南市長 様

私は、下記のとおり泉南市産後ケア事業の利用を申請します。

フリガナ 申請者氏名 （利用者）			生年月日	S･H　　年　　月　　日 （　　歳）
住所	泉南市		連絡先	□自宅　　－　　－ □携帯　　－　　－ □mail
出産日	年　　月　　日		出産医療機関 又は助産所	
利用する 乳児氏名	フリガナ 氏名	（第　子）	男 ・ 女 出生体重　g	在胎週数 週　　日
	フリガナ 氏名	（第　子）	男 ・ 女 出生体重　g	在胎週数 週　　日
緊急連絡先	フリガナ 氏名		（利用者との関係）	
	住所			
	電話番号	自宅　　携帯		

世帯構成	氏名	続柄	生年月日（年齢）
			（　歳）
			（　歳）
			（　歳）
			（　歳）
			（　歳）

利用申請理由 該当する項目に〇を してください	1.授乳や赤ちゃんについての相談（乳房の状態、授乳方法、体重の伸び等） 2.育児に関する相談（赤ちゃんのお世話、家庭での育児の相談等） 3.お母さんの心身の不調（産後の体調等の相談、体調に不安がある等） 4.その他（　　）

希望する サービス	ショートスティ	ディサービス	アウトリーチ（訪問型）
初回利用希望日 〇月〇日～〇月〇日 （泊）など			
利用（予定）施設			

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、家事や育児を手伝ってくれる人がいますか。　はい ・ いいえ

はいの方は、誰がどのようなことを手伝ってくれる予定ですか。

（　　）

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、どのようなご病気ですか。

（　　）

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。

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

（　　）

⑥出産後の育児に不安や困っていることがありますか。　はい ・ いいえ

（　　）

⑦その他、気になること心配なことがあればご記入ください

（　　）

同意欄

1. 利用者負担金を施設に支払うこと。

2. 利用者負担金を確認するために泉南市が必要な範囲で住民票・課税状況について調査・閲覧すること。又は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。

3. 産後ケア事業の利用にあたり、泉南市が利用施設に対して必要な利用者の個人情報（本利用申請書兼情報提供書）等を提供する場合があること、及び利用施設から泉南市に対して必要な個人情報を提供する場合があること。

4. 産後ケア事業を利用することができなくなった場合、又は、事業の利用について変更が必要な場合は、利用日2日前の17時までに利用施設へ連絡すること。それ以降の日程変更やキャンセルは、原則全ての方に、キャンセル料（課税世帯の自己負担額相当）が必要であり、施設に直接支払うこと。

5. 利用日の状況により、入院又は加療を要すると判断されたときなど、利用を中止いただくこともあること。

上記1.2.3.4.5 に同意します。

氏名　　（署名または記名押印）

【泉南市記入欄】

世帯の区分	・生活保護世帯	・市民税非課税世帯	・その他課税世帯