

鹿嶋市長 様

申請者 住所
氏名
(利用者との関係)
電話番号

鹿嶋市産後ケア事業利用申請書

鹿嶋市産後ケア事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

利用者住所	鹿嶋市	電話番号
利用者 (産婦)	(ふりがな) 氏名	生年月日 年 月 日(歳)
利用者 (乳児)	(ふりがな) 氏名 男・女(第 子)	生年月日 年 月 日(生後 か月)
緊急時連絡先	氏名 産婦との続柄()	電話番号
分娩時の状況	・出産施設名 _____ ・分娩様式(経膣・機械・C/S) ・在胎週数(週) ・出生時の体重()g ・退院(予定)日 年 月 日 ・出生時の異常 なし・あり()	
申請理由 (希望している ケアの内容)	<input type="checkbox"/> 母体管理及び生活面の相談 (<input type="checkbox"/> 休養確保 <input type="checkbox"/> 心理面のケア <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 乳房管理(<input type="checkbox"/> トラブル時の対処 <input type="checkbox"/> 搾乳方法 <input type="checkbox"/>)及び授乳相談 <input type="checkbox"/> 児のケア (<input type="checkbox"/> 沐浴指導 <input type="checkbox"/> 体重測定・発達チェック <input type="checkbox"/> スキンケア) <input type="checkbox"/> 発育及び発達に関する相談、育児に関する相談 <input type="checkbox"/> その他()	
利用を希望する 産後ケア	種類	<input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ)型 <input type="checkbox"/> 通所(デイサービス)型 <input type="checkbox"/> 居宅訪問(アウトリーチ)型
利用を希望する 施設	<input type="checkbox"/> 小山記念病院 <input type="checkbox"/> 葉山産婦人科 <input type="checkbox"/> 白十字病院 <input type="checkbox"/> ひかり助産院 <input type="checkbox"/> その他()	
利用区分	1 市民税課税世帯 2 市民税非課税世帯 3 生活保護世帯	
添付書類	① (市民税非課税世帯の場合)世帯員全員が非課税であることが分かる証明書 ② (生活保護世帯の場合)生活保護受給証明書 ③ 母子健康手帳(出生届出済証明・出産状態と産後の母体情報欄の写し)	
私は、産後ケア事業担当課が私及び私の世帯員に関する住民登録及び課税状況等に関する情報について、確認することに同意します。あわせて、市が保有する必要な情報を産後ケア実施施設に提供し、市が産後ケア施設から必要な報告を受けることに同意します。		
利用者(産婦)氏名 _____ 世帯員 氏名 _____ 世帯員 氏名 _____		