

敦賀市産後ケア事業利用申請書

敦賀市長 あて

申請者

住 所

氏 名

(母との続柄 )

電 話 ( )

次のとおり敦賀市産後ケア事業の利用について申請します。

<p>【審査に係る調査及び情報共有に関する同意について】同意される場合は☑してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 産後ケア事業の利用にあたり、市が住民基本台帳による世帯状況を確認することに同意します。</p> <p><input type="checkbox"/> 敦賀市と委託先が母子の支援のために必要な情報を共有することに同意します。</p>				
利用者氏名				生 年 月 日 年 月 日 ( 歳)
住 所	敦賀市 <input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ			
滞在先住所	( 様方) ※アウトリーチ型で、里帰り先など住所地以外への訪問を希望する場合に記入（福井県内に限る）			
電話番号				
世帯構成	氏名	続柄	生年月日	職業
世帯区分	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯			
緊急連絡先	氏名 申請者との関係 ( ) 電話			
出産(予定)日 (出産(予定)機関)	年 月 日 ( )			

※裏面もご記入ください

児の状況	氏名	生年月日	年	月	日		
	性別	男 ・ 女	出生順位	第	子		
	出生体重	g	在胎週数	週	日		
児の状況 (多胎の場合)	氏名	出生順位	第	子			
	性別	男 ・ 女	出生体重	g			
申請理由	申請者の状況について当てはまるものを選んでください。(複数選択可) <input type="checkbox"/> 産後に心身の不調がある (具体的な状況 ) <input type="checkbox"/> 育児不安がある (具体的な状況 ) <input type="checkbox"/> その他 (具体的な状況 )						
利用希望 (いずれか 1つを選択)	<input type="checkbox"/> ショートステイ型	希望施設 <input type="checkbox"/> たきざわ助産院 産前産後の家 <input type="checkbox"/> 産科・婦人科 井上クリニック <input type="checkbox"/> 市立敦賀病院	利用希望日 年 月 日～ 年 月 日 年 月 日～ 年 月 日 年 月 日～ 年 月 日			<input type="checkbox"/> 利用日未定	
	<input type="checkbox"/> デイサービス1型	希望施設 <input type="checkbox"/> たきざわ助産院 産前産後の家 <input type="checkbox"/> 産科・婦人科 井上クリニック <input type="checkbox"/> 市立敦賀病院	利用希望日 年 月 日・ 年 月 日			<input type="checkbox"/> 利用日未定	
	<input type="checkbox"/> デイサービス2型	利用希望日 年 月 日 ・ 年 月 日					<input type="checkbox"/> 利用日未定
	<input type="checkbox"/> アウトリーチ型	利用希望日 年 月 日 午前 ・ 午後 年 月 日 午前 ・ 午後					<input type="checkbox"/> 利用日未定

※事業者の状況により希望に添えないこともあります。