様式第１号（第５条関係）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

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

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（産婦との続柄　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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。

**※裏面もご記入ください**

|  |
| --- |
| 【審査に係る調査及び情報共有に関する同意について】同意される場合はチェックしてください。□　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。□　敦賀市と事業者が利用者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。 |
| 利用者氏名 |  | 生年月日 |
| 　　　　年　　　月　　　日（　　　歳） |
| 住　　所 | 敦賀市□　申請者住所と同じ |
| 電話番号 | □　申請者電話番号と同じ |
| 食物アレルギー | □　あり（　　　　　　　　　　　　　　　　）　　□　なし |
| 世帯区分 | □　市民税課税世帯　　□　市民税非課税世帯　　□　生活保護世帯 |
| 緊急連絡先 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者との関係（　　　　）電話　　　　　　　　　　　 |
| 出産(予定)日（出産(予定)施設） | 年　　　月　　　日　（　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 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 |
| ２児の場合 | 氏名 | 性別　　　　　　男　・　女 |
| 出生体重　　　　　　　　　　　ｇ | 出生順位　　　　　第　　子 |
| 利用理由 | 利用を希望される理由に当てはまるものを選び、状況を記入してください。（複数選択可）□　乳房ケアや授乳についての指導（具体的な状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　育児相談や育児技術の指導（具体的な状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　母子の健康管理、乳児の発育・発達の確認（具体的な状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　休息時間の確保（具体的な状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）□　その他（具体的な状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用希望 | * ショートステイ型
 | 希望施設□　たきざわ助産院　産前産後の家□　産科・婦人科　井上クリニック　　　　　□　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□　利用日未定 |
| * デイサービス２型
 | 希望施設□　たきざわ助産院　産前産後の家□　産科・婦人科　井上クリニック |
| 利用希望日　年　　月　　日・　　年　　月　　日□　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。