

第1号様式（第7条第1項、第9条第1項）

産後ケア事業利用（変更）申請書

年 月 日

（宛先）東金市長

住 所
申請者 氏 名
連絡先

私は、東金市産後ケア事業実施要綱に基づく事業の利用（変更）を次のとおり申請します。

氏名		生年月日	年 月 日
出産(予定)日	年 月 日	単胎・多胎の別	<input type="checkbox"/> 単胎 <input type="checkbox"/> 多胎(胎)
分娩(予定)施設	名称		
事業の種別	<input type="checkbox"/> 宿泊型 (希望施設： <input type="checkbox"/> 東千葉メディカルセンター <input type="checkbox"/> 増田産婦人科) <input type="checkbox"/> 日帰り型 (希望施設： <input type="checkbox"/> 東千葉メディカルセンター <input type="checkbox"/> 増田産婦人科 (ロング) <input type="checkbox"/> みんなのじっかちば助産院 <input type="checkbox"/> ひまわり助産院) <input type="checkbox"/> 日帰り型 (希望施設： <input type="checkbox"/> ひがし母乳育児相談室 <input type="checkbox"/> 季美の森母乳育児相談室 (ショート) <input type="checkbox"/> しらくら助産院 <input type="checkbox"/> ひまわり助産院) <input type="checkbox"/> 訪問型 (希望施設： <input type="checkbox"/> ひがし母乳育児相談室 <input type="checkbox"/> 季美の森母乳育児相談室 <input type="checkbox"/> しらくら助産院)		
世帯の区分	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯		
緊急連絡先	氏名 電話	利用希望者との続柄	
希望するケアの内容	<input type="checkbox"/> 乳房のケア・授乳の相談 <input type="checkbox"/> 育児手技（沐浴等）の指導 <input type="checkbox"/> 児の発育の相談 <input type="checkbox"/> 児の栄養（ミルク・離乳食）の相談 <input type="checkbox"/> 母の体調の相談 <input type="checkbox"/> 育児全般の相談 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

同意欄

<p>私は、申請に当たり次の事項に同意します。</p> <p>1 東金市長が保有する私の市町村民税課税状況等を産後ケア事業の負担金の額の算定のために利用すること。</p> <p>2 この申請書の写し及び産後ケア事業の実施に必要な私の情報を市が医療機関等に提供すること。</p> <p>3 今後の支援のために産後ケア事業利用時の私の健康状態等の情報を医療機関等が市に提供すること。</p> <p>年 月 日</p> <p>氏 名</p> <p>氏 名</p>
--

裏面があります

○申請者（妊娠中または出産された方）の既往歴・現病歴をお尋ねします。

既往歴	妊娠中 または 出産された方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ➡ <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧（妊娠高血圧症候群含む） <input type="checkbox"/> 糖尿病（妊娠糖尿病含む） <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> パニック障害 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> 双極性障害 <input type="checkbox"/> その他（ ）
現病歴	妊娠中 または 出産された方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ➡ <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 高血圧（妊娠高血圧症候群含む） <input type="checkbox"/> 糖尿病（妊娠糖尿病含む） <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> パニック障害 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> 双極性障害 <input type="checkbox"/> その他（ ）
内服している（た）薬がある場合、記入してください。 （ ）		

○子の氏名（ ） 第（ ）子

子の既往歴・現病歴をお尋ねします。

<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ➡ 診断名や症状を記入してください。 （ ）
--

※多胎の場合、2人目以降の情報

○子の氏名（ ） 第（ ）子

子の既往歴・現病歴をお尋ねします。

<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ➡ 診断名や症状を記入してください。 （ ）
--

○子の氏名（ ） 第（ ）子

子の既往歴・現病歴をお尋ねします。

<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ➡ 診断名や症状を記入してください。 （ ）
--