

東大阪市産後ケア事業利用申請書兼情報提供書

(あて先) 東大阪市長

年 月 日

私は、下記のとおり東大阪市産後ケア事業の利用を申請します。

申請者 (利用者本人)	(ふりがな) 氏名	()	生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳)		
	住所	東大阪市		電話 携帯		
	緊急連絡先	氏名	(申請者との関係)			
		住所				
		電話	自宅・携帯・勤務先	自宅・携帯・勤務先		
	出産予定日 (出産日)	年 月 日		在胎週数	週	
出産予定の医療機関・ 助産所の名称			妊娠 回目 (今までの出産 回)			
世帯 構成	氏名	続柄	年齢	氏名	続柄	年齢
世帯の区分 () に○をつける (直近の年度の課税状況)		() 課税世帯		} ※証明書類添付要		
		() 市民税非課税世帯				
		() 生活保護世帯				
		希望 (予定) 日				
(希望するサービスに○をつける)	ショートステイ ()	年 月 日 ~ 月 日 (泊 日)				
	デイサービス ()	年 月 日 ~ 月 日 (日間)				
		年 月 日 ~ 月 日 (日間)				
		年 月 日 ~ 月 日 (日間)				
利用希望施設		第1希望 ()		※施設の空き状況により、希望に添えない場合もございますので、ご了承ください。		
		第2希望 ()				
特に利用を希望する項目 希望する項目に○をしてください		1. 産後のケア (お母さんの産後の体調等の相談、乳房の手当て等) 2. 赤ちゃんのケア (体重ののび等発育・発達の様子の確認、スキンケアなど) 3. 育児に関する相談・指導 (授乳及び赤ちゃんのお風呂の入れ方、家庭での育児)				
利用申請理由 (特に心配な事)						

◎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・育児などを手伝ってくれる人がいますか？ はい ・ いいえ
- 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？（差し支えない範囲でお答え下さい）
()
- 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
- 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
はいの方は、どのような内容ですか？
()
- ⑥出産後の育児について、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？
()
- ⑦その他、気になることがあればご記入ください。
()

同意欄

- ①利用料に係る階層区分を確認するために提出した書類について誤りまたは不備がある場合は、東大阪市が審査に必要な範囲で課税状況について調査・閲覧し、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。
- ②産後ケア事業の利用にあたり、東大阪市が委託医療機関等に対して必要な個人情報（本利用申請書兼情報提供書等）を提供すること、及び委託医療機関等が東大阪市に対して必要な個人情報を提供すること。
- ③この産後ケア事業を利用することができなくなった場合、または事業の実施を要しなくなった場合は、定められた期限までに保健センター若しくは、当該施設に連絡すること。
- ④産後ケア実施施設退所時に、利用者負担金を施設に対して支払うこと。

上記①②③④に同意します。 氏名 印

* 保健センターから産後ケア実施施設への連絡事項記入欄

- ① 利用施設への問い合わせ { 施設名 ()
期間調整 (いつから ~いつまで)
- ② 0 / 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
- 保健センター受付サイン ()

保健センター受付印

- * 母子保健・感染症課記入欄
- 階層区分 ()
- 管轄地区 東保健C 072-982-2603
 中保健C 072-965-6411
 西保健C 06-6788-0085
 母子保健・感染症課 072-960-3805