

屋久島町産後ケア事業利用申請書

申請日 年 月 日

屋久島町長 殿

次のとおり屋久島町産後ケア事業を利用したいので申請します。

利用 者	フリガナ 氏名(母) 生年月日	年 月 日生	住所 連絡先	〒 屋久島町 自宅 () 携帯電話 ()				
	緊急 連絡先	フリガナ 氏名： (利用者との関係：) 居住地： 連絡先：自宅 () 携帯電話 ()						
	フリガナ 氏名(子) 生年月日	年 月 日生	出生時 の状況	出産医療機関名 () 在胎週数 (週) 出生体重 (g)				
	フリガナ 氏名(子) 生年月日	年 月 日生	出生時 の状況	出産医療機関名 () 在胎週数 (週) 出生体重 (g)				
世帯 構成	氏 名 *利用者は除く	続柄	年齢	勤務先・通園先・ 学校等の名称	氏 名 *利用者は除く	続柄	年齢	勤務先・通園先・ 学校等の名称
課 税 区 分	利用者を利用者の配偶者のうち、所得の高い人の課税状況に☑を付けてください。 <input type="checkbox"/> 一般世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯							
	【住民基本台帳及び税情報等確認に関する同意書】 産後ケア事業の利用審査及び利用者負担金決定の審査にあたり、町が利用者及びその世帯構成員の住民基本台帳や町税の納付状況並び生活保護台帳を閲覧及び調査することに同意します。また、当該調査により確認ができない場合は、町が求める必要書類等を提供します。 年 月 日 申請者（代理人）氏名： _____（署名又は記名、押印） *代理人の場合利用者との関係（ ）							
利用 希望 サー ビス 区 分	サービス種類 *希望するものに☑	利用希望場所	利用希望日 *希望するものに☑またはご記入下さい。		①宿泊型及びデイサービス個別型（施設利用型）の利用日数は、併せて原則通算7日以内です。 ②感染性疾患に罹っている方は利用できません。また、利用中、体調の変化等があった場合は、サービス利用を中止して、医療受診をお願いすることになります。 ③利用施設空き状況により、希望日からの開始ができないことがあります。			
	<input type="checkbox"/> 宿泊型	(施設名)	年 月 日 から 年 月 日 (日間)					
	<input type="checkbox"/> デイサービス個別型 (施設利用型)	(施設名)	*利用希望日を全て記載して下さい。					
	<input type="checkbox"/> デイサービス個別型 (外来型)	町保健センター	<input type="checkbox"/> 退院後すぐに <input type="checkbox"/> 産後 週頃 <input type="checkbox"/> 必要時					
	<input type="checkbox"/> デイサービス集団型 *産後サロン「もぐ♥はぐ」	町保健センター	<input type="checkbox"/> 産後 週(月)頃 <input type="checkbox"/> 必要時					
<input type="checkbox"/> 訪問型 *事業名「乳房ケア」(訪問型)	自 宅	<input type="checkbox"/> 退院後すぐに <input type="checkbox"/> 産後 週頃 <input type="checkbox"/> 必要時						

裏面も、必ずご確認・ご記入をお願いいたします。

申請理由 (☑を付けて下さい。)	*複数回答可 <input type="checkbox"/> 自分の体調がすぐれない <input type="checkbox"/> 授乳について不安がある <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 家族などから援助が受けられない <input type="checkbox"/> 育児方法について相談したい
希望するサービス (☑を付けて下さい。)	*複数回答可 <input type="checkbox"/> 母の体調管理・休息 <input type="checkbox"/> 授乳指導、乳房ケア <input type="checkbox"/> 沐浴支援 <input type="checkbox"/> 乳児の育児支援 <input type="checkbox"/> 乳児の発育・発達のチェック、体重・排泄のチェックなど <input type="checkbox"/> その他 ()

【情報提供、施設の利用、支払いに関する同意書】

私は、次の事項に同意します。

- 本申請書の内容及び産後ケア事業の利用に必要な情報を受託事業者を提供すること並びに利用時の健康状態について、実施機関から町に情報提供すること。
また、新生児訪問または乳児家庭全戸訪問事業等の保健サービス提供のために、利用時の状況に関する情報を子育て世代包括支援センター又は町職員（母子保健担当）が利用すること。
- 医療行為が必要になるなど対象者要件に非該当となった場合は、産後ケア事業を利用できないこと。
- 産後ケア事業利用後に、公費負担額を除いた利用料（自己負担額）は、直接実施施設等に支払うこと。
- 利用日当日、実施施設の状況等により、希望日に利用ができない場合があること。
- 利用希望施設によっては、利用前に見学をしてもらう場合があること。
- 急なキャンセルや変更について、キャンセル料が発生した場合は利用者本人が支払いをしてもらうことがあること。

年 月 日 申請者（代理人）氏名： _____（署名又は記名、押印）

*代理人の場合利用者との関係（ _____ ）

***町担当者記入欄**

1 事業の利用の可否（要・不要）

2 事業が必要な理由（該当するものに○、主訴に◎を付けて下さい）

- ア 産後のからだの回復に不安がある。 イ 産後に心の不調がある。
- ウ 育児に不安がある。 エ 休養、栄養等生活面で相談を要する。
- オ 地域の保健・医療・福祉・教育機関等からの情報から支援の必要性がある。

<対象除外者>（該当するものに☑を付けてください）

- 母子が感染性疾患（麻しん、風しん、インフルエンザ等）に罹患している。
- 母親に入院加療の必要がある。
- 母親に心身の不調や疾患があり、医療的介入の必要性がある。（ただし、主治医により本事業において対応が可能であると判断された場合はこの限りではない。

記入者 職・氏名 _____