

屋久島町産後ケア事業 利用申請書兼同意書

申請日 年 月 日

屋久島町長 殿

【申請者】氏 名 (続柄)
住 所 屋久島町
連絡先

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	母 (本人)	フリガナ		生年月日	年 月 日生 (才)	連絡先	① ②	
		氏名						
		住所	〒 熊毛郡屋久島町 (里帰り先) (TEL)				母子健康手帳番号	
		出産医療機関名		退院 (予定) 日	年 月 日			
		緊急連絡先	フリガナ 氏名 :	利用者との関係	居住地	連絡先		
	児	フリガナ		生年月日	年 月 日生	月 齢	か月	
児の名前		男・女						
		在胎週数	週	出生体重	g	第 子		
世帯 構成	氏 名	続柄	年齢	勤務先・園・学校等	氏 名	続柄	年齢	勤務先・園・学校等
申 請 内 容	①申請理由	* ☒ を付けて下さい。(複数選択可) ☐ 自分の体調がすぐれない(からだの不調) ☐ 心が不安定だと感じる(心の不調) ☐ 授乳や沐浴など育児について不安がある(育児の不安) ☐ パートナーなど家族の支援が得られにくい ☐ 出産した医療機関等から利用を勧められた ☐ その他 () ●既往歴 無・有 ()				左記の 具体的 な内容		
	②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。		
		☐ 宿泊型	(施設名)	年 月 日 から 年 月 日 (日間)				
		☐ デイサービス個別型 (施設利用型)	(施設名)	年 月 日 から 年 月 日 (日間)				
		☐ 訪問型 *事業名「乳房ケア」	自 宅	☐ 退院後すぐに ☐ 産後 週頃 ☐ 必要時				
	☐ 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	☐ 産後 週 (月) 頃 ☐ 必要時					
③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。 (利用料金は世帯収入により異なる場合があります。) ☐ 生活保護 ☐ 市町村民税非課税 ☐ いずれでもない							
希望するサービス	* ☒ を付けて下さい。(複数選択可) ☐ 母の体調管理・休息 ☐ 授乳指導、乳房ケア ☐ 沐浴支援 ☐ 心のケア ☐ 乳児の育児支援 ☐ 乳児の発育・発達のチェック、体重・排泄のチェックなど ☐ その他 ()							

裏面も、必ずご確認・ご記入をお願いいたします。

【住民基本台帳及び税情報等確認、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。（同意する事項について☑して下さい。）

- ☐ 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に生活保護台帳を閲覧及び調査すること。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すること。
- ☐ 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に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）

*代理人の場合利用者との関係（ _____ ）

*町担当者記入欄（アセスメントシート）

1. アセスメント結果

【母（本人）】

- ①既往歴： ☐無 ☐有（ _____ ）
- ②産婦健診の結果レベル： ☐レベル0 ☐レベル1 ☐レベル2 ☐レベル3 ☐レベル4
- ③特に支援が必要な項目： ☐身体状況 ☐精神状況 ☐育児不安 ☐家族状況

（上記の具体的な内容） 産後 日

- ④家族状況： _____
ジェノグラム（支援者 有・無）

【 児 】

- ☐特記なし ☐低出生体重児 ☐多胎児 ☐その他（ _____ ） *直近の兄弟との年齢差（ 才）

【備考】

2. 産後ケア内容

- ①実施するケアの種類等：

種 類	利用期間（予定）	利用料金
☐ 宿泊型	年 月 日～ 年 月 日（ 日間）	円
☐ デイサービス個別型	年 月 日～ 年 月 日	円
☐ 訪問型	年 月 日～ 年 月 日	円
☐ デイサービス集団型	年 月 日～ 年 月 日	円

- ②特に必要とされるケア： ☐産後の身体的ケア ☐産後の心理的ケア ☐育児手技 ☐沐浴指導
☐保健指導・栄養指導 ☐乳房管理 ☐生活面の指導
☐その他必要な指導（ _____ ）

3. 対象除外者の確認事項

- ☐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。）

4. 事業利用の要否 ☐要 ☐不要（理由： _____ ）

記入者 職・氏名 _____