

訪問型産後ケア事業利用申請書

年 月 日

海老名市長 殿

利用者	(ふりがな)		電話	自宅	( )
	産婦の氏名			携帯	( )
	住所	(〒 - ) 海老名市			

子の氏名等	(ふりがな)		妊娠期間	出生体重	出生年月日(月齢)
	子の氏名		週	g	年 月 日
	母子手帳 番号		日		( か月 日 )
	(ふりがな)		妊娠期間	出生体重	出生年月日(月齢)
	子の氏名		週	g	年 月 日
	母子手帳 番号		日		( か月 日 )
	(ふりがな)		妊娠期間	出生体重	出生年月日(月齢)
	子の氏名		週	g	年 月 日
	母子手帳 番号		日		( か月 日 )

利用の要件	当申請に関し利用要件を満たしています。※すべての項目にチェックが必要です。チェックのない項目がある方はご利用できません。				
	<input type="checkbox"/>	1 <u>利用日時時点で生後1年以内の乳児の母であり、市内に住民登録があること。</u>			
	<input type="checkbox"/>	2 産後に心身の不調や育児に関する不安等がある (例：産後の健康について心配がある 授乳育児に不安がある 子育てに関する相談がしたい など)			
<input type="checkbox"/>	3 家族や親族等から十分な支援が受けられない (例：実家が遠方でサポートが受けられない)				

本人同意欄	私は、当申請に関し下記の事項に同意します。※すべての項目にチェックが必要です。チェックのない項目がある方はご利用できません。				
	<input type="checkbox"/>	本事業を利用するために、私の情報を支援者等に必要な範囲で提供する。			
	<input type="checkbox"/>	支援者から市に利用状況を報告すること。			
	<input type="checkbox"/>	<u>医療行為は受けられないこと。</u>			
	<input type="checkbox"/>	慢性疾患がなく、もしくは慢性疾患があり医療機関に通院している場合は、主治医から本事業の利用の許可されていること。			
<input type="checkbox"/>	本書に記載する利用者の属する世帯について、市が保有する情報を、本事業に関する事務を行う目的に限り、こども育成課または支援者から確認することに同意します。				