

別記様式第1号（第7条関係）

（表）

栃木市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

（宛先）栃木市長

栃木市産後ケア事業を利用したいので、栃木市産後ケア事業実施要綱第7条の規定に基づき、次のとおり申請します。

申請の種類		<input type="checkbox"/> 新規		<input type="checkbox"/> 継続（ 日目／7日）	
利用者 （申請者）	住 所	栃木市			
	（ふりがな） 氏 名	（自署しない場合は、記名押印してください。） 年 月 日生			
	電話番号				
	緊急連絡先	氏名	利用者との関係（ ）	電話番号：	
（ふりがな） 乳児氏名	男・女 （第 子）	年 月 日生	出生体重	g	
（ふりがな） 乳児氏名	男・女 （第 子）	年 月 日生	出生体重	g	
出産（予定）医療機関		出産（予定）日	年 月 日		
申請理由 （該当する箇所全て に○をつけてくださ い。）	1	出産後に心身の不調がある。			
	2	育児について不安がある。			
	3	その他（ ）			
利用内容 （原則、利用日数は 7日間が上限です。）	事業の種類	利用日	利用施設		
	短期入所型・通所型・居宅訪問型				
	短期入所型・通所型・居宅訪問型				
	短期入所型・通所型・居宅訪問型				
世帯区分	生活保護世帯・市民税非課税世帯・その他の世帯（該当する箇所に○）				

市記載欄	【世帯区分】 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯
	<input type="checkbox"/> 利用決定日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 決定通知送付日 年 月 日
	備考：

(裏)

◆現在の状況についてお伺いします。

1 母の体調について							
(1) 過去又は現在、通院や服薬をしている病気はありますか。 病名：糖尿病 高血圧 貧血 腎疾患 精神疾患 その他 ()							
<input type="checkbox"/> ない 薬名：()							
<input type="checkbox"/> ない							
(2) 下記の手帳をお持ちですか。 身体障害者手帳 精神障害者保健福祉手帳 療育手帳							
<input type="checkbox"/> ない							
(3) 食物アレルギーはありますか。 たまご 牛乳 そば 小麦 落花生 エビ 大豆 その他()							
<input type="checkbox"/> ない							
(4) その他アレルギーはありますか。 具体的に()							
<input type="checkbox"/> ない							
(5) 日常生活で配慮が必要なことはありますか。 ()							
<input type="checkbox"/> ない							
(6) その他、心配なこと等がありますか。 ()							
<input type="checkbox"/> ない							
2 乳児の体調等について							
(1) アレルギーはありますか。具体的に()							
<input type="checkbox"/> ない							
(2) 日常生活で配慮が必要なことはありますか。 ()							
<input type="checkbox"/> ない							
(3) その他、心配なこと等がありますか。 ()							
<input type="checkbox"/> ない							
3 世帯構成							
氏名	年齢	続柄	職業	氏名	年齢	続柄	職業

同意事項

私は、次に掲げる事項について同意します。

※ 同意される場合は□欄にレ印を付してください。

- この事業を利用するために、この申請書に記載した私の情報を、受託事業者に提供すること。
- 受託事業者から市に利用状況を報告すること。
- 住民税の確認が必要な場合は、必要な範囲内で私の世帯の税務情報を確認すること。
- 利用開始時に利用者負担金を受託事業者を支払うこと。
- 乳児全戸訪問事業等の保健サービス提供のために、利用時の状況について市の関係部署に情報提供すること。
- 医療処置が必要な場合は、事業が利用できない場合があること。

