様式第１号（第６条関係）

　　　　　年　　月　　日

宇城市長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　氏名

（利用予定者との関係：　　　　　　）

宇城市産後ケア事業利用申請書兼同意書

次のとおり産後ケア事業を利用したいので、宇城市産後ケア事業実施要綱第６条の規定により申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用予定者 | | ふりがな  産婦氏名 |  | 生年月日 | 年　　月　　日(　歳) | |
| 住所 |  | 電話番号 |  | |
| ふりがな  児氏名 | （第　子） | 出産（予定）日 | 年　　月　　日 | |
| 緊急連絡先 | | 氏名 | （続柄:　　） | | 電話番号 |  |
| 申請理由 | | □身体的な不調がある　　　　□健康管理について不安がある  □育児不安等がある  □産婦健診で記入したエジンバラ産後うつ病質問票（ＥＰＤＳ）の結果から相談をすすめられた  □母乳育児に困難を感じている（乳房トラブル、哺乳が上手くできない）  □家族等から十分な育児支援が受けられない  □産科医療機関や相談機関等ですすめられた | | | | |
| 希望する  サービス | | □身体的ケア　□心理的ケアやカウンセリング　□乳房ケアや授乳指導　□児の発育・発達確認□育児に関する指導や育児サポート（沐浴等）  □生活面の相談　□休息　□栄養相談　□その他の相談（スキンケア等） | | | | |
| 希望する  利用種別 | | □通所型（長時間型・短時間型）　　回　□宿泊型　　泊 | | | | |
| 同意欄 | 私は、産後ケア事業の利用申請に当たり、次の事項に同意します。  １　宇城市が住民基本台帳等により、利用予定者の世帯状況及び所得状況について調査すること。  ※１に同意しないまたは転入等の理由により市が調査・確認できず、減額を希望する場合は、世帯員の課税状況を証するものを添付してください。  課税状況の確認ができない場合は、住民税課税世帯で認定されます。  ２　利用種別の決定又は調整が希望に添えない場合があること。  ３　利用予定者の情報を必要な範囲で産後ケア助産師又は受託事業者に対し提供すること。  ４　利用時の状況及び利用の結果得られた情報について、今後の子育て支援のために関係機関と情報共有すること。  申請者署名 | | | | | |