

大崎市産後ケア事業利用申請書

申請日: 年 月 日

大崎市長 様

申請者氏名

母子手帳番号

ふりがな 母の氏名	生年月日	S · H	年	月	日(歳)
住 所	〒					
電話番号	(自宅) (携帯)	緊急連絡先	氏名	(子との関係)		
			TEL:			
ふりがな 子の氏名	男・女(第 子)	出産(予定) 年月日	年	月	日
出生体重	g	栄 養	母乳・混合・ミルク	1日	回	
出産施設名				妊娠期間	週	
母の状況	既往歴, 出産後の服薬の有無, 身体症状, 精神症状, その他					
子の状況	既往歴, 出生時の異常や処置, 服薬の有無, 身体症状, その他					
初回希望類型		利用(希望)予定日		利用(希望)予定施設名		
<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 通所(6時間) <input type="checkbox"/> 通所(3時間) <input type="checkbox"/> 訪問		年 月 日()				
希望する ケア内容	<input type="checkbox"/> 産後の母体管理及び, 生活面での相談・保健指導 <input type="checkbox"/> 母親の不安に関する相談・心理的ケア <input type="checkbox"/> 乳房管理指導及び授乳指導(乳房マッサージを含む) <input type="checkbox"/> 児の発達及び発達に関する相談・保健指導 <input type="checkbox"/> その他必要とする育児サポート・相談支援()					
同意欄	1. 大崎市が私及び同一生計世帯員の大崎市民税情報について調査・閲覧することに同意します。調査の結果, 確認ができなかった場合には, 証明できる書類を提出いたします。 2. 大崎市が利用施設に, 産後ケア事業の実施にあたり必要な個人情報を提供すること, 及び利用施設が大崎市に利用状況等必要な個人情報を共有することに同意します。 3. 大崎市が必要と判断した場合は, 利用施設から体調等の情報について確認することに同意します。					
	同意します		同意しません			
※市記載欄	世帯区分	市民税課税 ・ 市民税非課税 ・ 生活保護	利用の可否	可 ・ 否		

要件確認

- 対象者が大崎市内に住民登録(住民票)がある
- 児について出生後12か月未満である。(早産の場合は出産予定日から起算して12か月未満)
- 母子ともに感染症が疑われる症状がなく、医療的介入の必要がない。
- 市民税世帯区分を確認した