

産後ケア事業利用登録申請書

立川市長 殿

申請日 令和 年 月 日
申請者

.....続柄(.....)

立川市産後ケア事業に利用登録したいので、次のとおり申請します。

※二重枠の項目を記入ください。

フリガナ		生年月日	昭和・平成 年 月 日 (歳)
利用者氏名			
住所	立川市		
電話番号	自宅 — — 携帯 — —	緊急連絡先 氏名(続柄)	— — ()
出産(予定)日	令和 年 月 日(第 子)	出産(予定) 医療機関	
フリガナ		出生体重	g
乳児氏名 ※産後に申請する 方のみ		※産後に申 請する方 のみ	
利用希望 ※合計7日間まで	<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> デイサービス型	【対象】生後4か月未満の乳児及び母	
利用申請理由	(以下、該当する項目に○をしてください。) 1 家族等から十分な支援を受けられないため 2 体調不良のため(通院病院： 内服薬：) 3 育児について不安があるため 4 授乳方法・手技に不安があるため 5 その他(具体的に：)		
希望するケア内容	1 育児に必要な手技の支援・相談 2 母の健康相談 3 心身の休養 4 気分転換 5 授乳相談 6 育児サービスの紹介 7 その他()		
利用区分	<input type="checkbox"/> 住民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護等受給者世帯		
同意欄	1 この事業を利用するため、立川市から事業を提供する委託医療機関に必要な範囲で 情報提供すること。 2 事業を提供する委託医療機関から立川市に利用状況を報告すること。 3 公簿により利用者の属する世帯構成員の住民税の状況、生活保護情報等を調査すること。 1から3までに掲げる事項について、同意の上、申し込みます。 署名		

<p>※市確認欄</p> <p><input type="checkbox"/>住民登録 ・ 住定日(. .) <input type="checkbox"/>本人確認書類</p> <p>・世帯の課税状況 (住民税課税・非課税世帯・生活保護等受給者世帯)</p> <p>・妊婦面接 済(/)・未実施</p> <p>・きょうだいの有無 (有 ・無)</p> <p>・面接担当者 _____</p> <p>※備考欄</p>

市 収受印