

福井市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

福井市長 あて

申請者 住 所

氏 名 (産婦との続柄:)
電 話

福井市産後ケア事業実施要綱第6条第1項の規定に基づき、産後ケア事業を利用したいので、次のとおり申請します。

なお、本申請に当たり、福井市長が、私が出産した医療機関等に対し必要な調査及び連絡をすること並びに私の世帯の所得等必要な事項を公簿その他必要な方法により調査することに同意します。

利用者氏名 <small>ふりがな</small>	生 年 月 日	
	年	月 日(歳)
住 所	<input type="checkbox"/> 申請者住所と同じ	
滞在先住所	※里帰り等により住所地以外での滞在先(福井県内に限る)がある場合に記入	
電話番号	<input type="checkbox"/> 申請者電話番号と同じ	
メールアドレス		
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし	
世帯区分	<input type="checkbox"/> 市町民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市町民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯	
緊急連絡先	氏名 電話	利用者との関係()
出産(予定)日	年 月 日	出産(予定)施設 ()
妊娠、分娩、出産後の状況	妊娠中の異常: 無・有 (具体的に)	
	分娩中の異常: 無・有 (具体的に)	
	出産後の異常: 無・有 (具体的に)	
児の状況	氏名	生年月日: 年 月 日
	性別: 男・女	出生順位: 第 子
	出生体重: g	在胎週数: 週 日
	出生時の異常: 無・有 (具体的に)	
	その他の異常: 無・有 (具体的に)	

2児の場合	氏名	生年月日： 年 月 日	
	性別：男・女	出生順位：第 子	
	出生体重： g	在胎週数： 週 日	
	出生時の異常：無・有（具体的に ）		
	その他の異常：無・有（具体的に ）		
利用の理由 ※利用を希望される理由に当てはまるものを選び、状況を記入してください。（複数選択可）	<input type="checkbox"/> 母体管理及び生活面の指導 （具体的な状況 ） <input type="checkbox"/> 母乳相談及び乳房管理 （具体的な状況 ） <input type="checkbox"/> 乳児の健康管理及び世話 （具体的な状況 ） <input type="checkbox"/> 沐浴、授乳等の育児指導又は育児相談 （具体的な状況 ） <input type="checkbox"/> 休息の確保 （具体的な状況 ） <input type="checkbox"/> その他 （具体的な状況 ）		
希望するサービス	希望する日	希望する施設（下記からお選びください）	
<input type="checkbox"/> 宿泊型	年 月 日 ~ 月 日		
	年 月 日 ~ 月 日		
<input type="checkbox"/> 通所型	年 月 日		
	年 月 日		
	年 月 日		
利用できる施設 （事業者）	宿泊型	通所型	
	<input type="checkbox"/> 福井県済生会病院 <input type="checkbox"/> 本多レディースクリニック <input type="checkbox"/> 福井愛育病院	<input type="checkbox"/> 福井県済生会病院 <input type="checkbox"/> 本多レディースクリニック <input type="checkbox"/> 福井愛育病院 <input type="checkbox"/> ホーカベレディースクリニック <input type="checkbox"/> ひなた女性クリニック <input type="checkbox"/> 福井県助産師会	

※施設(事業者)の状況により希望に添えないこともあります。

※キャンセル料の徴収について

宿泊型及び通所型の利用申込をされた場合において、利用前日以降の利用者の都合によるキャンセルにはキャンセル料がかかる場合がありますので、速やかに利用申込をされた施設にご連絡ください。