様式第１号（第７条関係）

大洲市産後ケア事業利用申請書兼同意書

年　　月　　日

大洲市長　　様

住　所
申請者　氏　名
妊産婦との続柄（　　）
（電話番号　　）

大洲市産後ケア事業の利用を申請します。

ふりがな 母の氏名		生年月日	年　月　日生（　　歳）
ふりがな 子の氏名		生年月日	年　月　日生（　　ヶ月）
出産状況	在胎週数　　週　出生体重　　g　出産医療機関等		
緊急連絡 電話番号		緊急連絡先 氏名・続柄	
階層区分 （市で確認し記入します。）	□市民税課税世帯　□市民税非課税世帯　□生活保護世帯		
利用希望医療機関等の名称 （実施施設）			
利用希望日	□宿泊型　　年　月　日（　）～　年　月　日（　）		
	□日帰り型①　　年　月　日（　）　年　月　日（　） 年　月　日（　）　年　月　日（　）　年　月　日（　）		
	□日帰り型②　　年　月　日（　）　年　月　日（　） 年　月　日（　）　年　月　日（　）　年　月　日（　）		
病気等	今までかかった病気について　□なし　□あり（　　） 現在、通院中の病気について　□なし　□あり（　　） アレルギーについて　□なし　□あり（　　）		
申請理由	□自分の体調が優れない　□授乳について不安がある □育児方法について相談したい　□家族等から支援がうけられない □その他（　　）		
産後心配していること			
同意欄 （申請者が記入してください。）	(1)　事業の利用審査及び利用者負担額決定に当たり、市が申請者及びその世帯員の市民税課税資料、住民基本台帳その他事務処理に必要な資料を閲覧することに同意します。また、当該調査により確認ができない場合は、市が求める必要書類等を提供します。 (2)　サービスの利用当日において、実施施設の状況等により、利用ができない場合があります。 (3)　市が委託医療機関等に対し、事業の実施に当たり必要となる利用者の情報等を提供することに同意します。また、委託医療機関等が、サービスの利用状況等を市へ情報提供することについても同意します。 (4)　委託医療機関等が請求する利用者負担額金及び実費相当額を指定期日までに支払います。 (5)　母子に医療行為が必要と判断された場合、事業が利用できなくなることに同意します。 年　　月　　日　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿		