

小野市産後ケア事業 利用申請書兼情報提供同意書

小野市長 様

令和 年 月 日

次のとおり小野市産後ケア事業の利用を申請します。〔 ☐ 新規 ☐ 追加 〕

利用希望者	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	〒 675-13 小野市 (電話) ※住所地以外の所に滞在中の方 〒 緊急連絡先氏名 申請者との関係 (電話)		
	出産医療機関		時期	☐ 流産 ☐ 死産 年 月 日 (週)
	世帯の区分	該当する世帯区分のいずれかに ☒ をつけてください。 ※証明書の提出が必要な場合があります。 ☐ 市民税非課税世帯 ☐ その他(課税世帯)		

(※1)別紙参照。ご希望に添えない場合もありますので、予めご了承下さい。

利用希望サービス	種別		利用希望日(※1)	希望事業所名(※1)
	☐ 宿泊型	☐ 実施機関の予約 依頼・申請	月 日 ~ 月 日 (泊 日)	
		☐ 本人が予約	※利用券受領後、本人が予約をします。	
	☐ 日帰り型	☐ 実施機関の予約 依頼・申請	月 日 (時間) 月 日 (時間)	
		☐ 本人が予約	※利用券受領後、本人が予約をします。	
	☐ アウトリーチ型	☐ 実施機関の予約 依頼・申請	月 日 (時間) 月 日 (時間)	
☐ 本人が予約		※利用券受領後、本人が予約をします。		
申請理由・利用目的		☐ 体調管理 ☐ 栄養相談 ☐ 心の休息 ☐ 身体の休息 ☐ 乳房ケア ☐ その他 ()		
同意書		① 本申請に関する内容を小野市産後ケア事業実施施設に提供すること及び利用者の健康状態等について産後ケア施設から小野市に情報提供することに同意します。 ② 申請にあたり、住民基本台帳による世帯状況、世帯全員の市民税課税状況を調査することに同意します。 利用者氏名 _____		
留意事項		・産後ケア施設への予約を市へ依頼したい場合は「 ☐ 実施期間の予約依頼・申請」にチェックを入れてください(希望の利用日や産後ケア施設がある方は記載してください)。なお、その場合は、早めの申請をお願いします。		

【裏面の利用アンケートも記入ください】

小野市産後ケア事業利用【事前】アンケート

産後ケア事業を利用するにあたっての参考にさせていただきます。下記についてお答えください。

【ご自身について】

(1) 体調不良や体調に不安はありますか ☐ いいえ ☐ はい →	
(2) 過去に大きな病気をされたこと(または、治療中の病気)はありますか ☐ いいえ ☐ はい → (いつ頃:	病名:)
(3) こころの不調で、カウンセリングや心療内科、精神クリニック等に相談したことがありますか ☐ いいえ ☐ 過去に相談したことがある ☐ 現在、相談している → (いつ頃から:	)
→ (いつ頃:	) (医療機関名:)
(4) 相談したいことはありますか ☐ いいえ ☐ はい →	

ご協力ありがとうございます