

産後ケア事業利用申請書

新 宮 町 長 様

次のとおり、新宮町産後ケア事業の利用を申請します。（太線の枠内について記入してください）

申請者（利用者）住所	新宮町				
申請者（利用者）氏名	生年 月日	年 月 日	電話 番号		
父の氏名	生年 月日	年 月 日	電話 番号		
子の氏名	男 ・ 女			第 子	
出産（予定）日	年 月 日	出生時の体重	g		
出産（予定）施設名			退院（予定）日	年 月 日	
利用希望日数	<input type="checkbox"/> 宿泊型	年 月 日から 年 月 日（ 日間）			
	<input type="checkbox"/> デイサービス	年 月 日から 年 月 日（ 日間）			
	<input type="checkbox"/> 訪問型	年 月 日から 年 月 日（ 日間）			
申請理由 (具体的に記入してください)	<input type="checkbox"/> 家族から十分な家事、育児の援助が受けられない（ ） <input type="checkbox"/> 産後に心身の不調がある（ ） <input type="checkbox"/> 育児不安がある（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
同意欄	① 世帯状況及び費用負担額に関わる町民課税状況を確認するため、新宮町が申請者の属する世帯の住民基本台帳及び町民税情報を閲覧すること。 ② 産後ケア事業の利用にあたり、新宮町が委託事業所に対して必要な個人情報（本利用申請書等）を提供すること及び委託事業所が新宮町に対して必要な個人情報を提供すること。 ③ 産後ケア事業実施施設へ費用負担額を支払うこと。 上記の①、②、③に同意します。 年 月 日 申請者氏名 ⑩				
※申請書 受付年月日	年 月 日	決定年月日	年 月 日		
※産後ケア事業実施施設					

(注意) 1.この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。

(職員)

減免確認（ 一般 ・ 非課税 ・ 生保 ） 母子健康手帳 (no.) 双児の場合は2枚提出

*このシートは、申請者来所時（初回面接時）に基本情報を得るためのものです。
*申請の手続き及び保護者や委託事業所との連絡等に使用します。

対応者〔 〕

【新宮町産後ケア事業問診票】 産後ケア事業の利用にあたり、以下についてお答えください。

記入者氏名	続柄（ ）
-------	-------



1 産後ケア事業でどのような内容を希望されますか。

- お母さんの産後の体調管理と休養 産後の生活に関する相談
 授乳方法の相談や乳房ケア 赤ちゃんのお世話の仕方や育児相談
 その他（ ）

2 現在、お母さんが感じる不安や体調不良は、具体的にどのようなものですか。

[]

3 過去に大きな病気、または現在服薬中、通院中の病気はありますか。

いいえ ・ はい ⇒ []

4 過去もしくは現在、こころの問題でカウンセラーや心療内科・精神科クリニック等に相談したことがありますか。

いいえ ・ 過去に相談していた ・ 現在している ⇒ []

5 赤ちゃんについて、産科医療機関や助産所から伝えられたことはありますか。

いいえ ・ はい ⇒ []

6 赤ちゃんについて、育てにくさを感じていることはありますか。

- いいえ ・ はい ⇒ 眠りが浅い なかなか寝ない 抱っこが多い
 飲みが悪い よく吐く 抱きにくい
 その他（ ）

7 その他、気になることがあればご記入ください。

[]