

年 月 日

目黒区産後ケア事業(訪問型)利用申請書

次のとおり、産後ケア事業(訪問型)の利用を申請します。

申請者氏名		産婦との関係	
産婦	氏名	生年月日	昭和 平成 年 月 日
	住所	目黒区	
	電話	自宅： 携帯：	
	出産医療機関	名称	所在地 市区 町村
乳児	ふりがな	性別	男 ・ 女
	氏名	生年月日	年 月 日
	出生時体重	g	在胎週数 週
1か月健診受診日(予定日)		年 月 日	
子のかかりつけ医	<input type="checkbox"/> 有 (医療機関名) <input type="checkbox"/> 無		
新生児訪問	<input type="checkbox"/> 訪問日(予定日) : 月 日 <input type="checkbox"/> 未利用		
産後ケア利用希望日	年 月 日ころ		
世帯区分	<input type="checkbox"/> 一般世帯 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯		
申請理由 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 身体の回復や体調に不安がある <input type="checkbox"/> 授乳に不安がある <input type="checkbox"/> 不安な気持ち強い <input type="checkbox"/> 育児に不安がある <input type="checkbox"/> 家族などの支援が得にくい <input type="checkbox"/> その他(具体的に) ()		
産後ケアで希望すること (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 産後の母体のケア <input type="checkbox"/> 赤ちゃんの発育・発達についての助言 <input type="checkbox"/> 赤ちゃんのケアについての助言 <input type="checkbox"/> 育児についての助言 <input type="checkbox"/> 授乳についての助言 <input type="checkbox"/> 休養の取り方の助言 <input type="checkbox"/> その他 具体的にお書きください ()		

同意書

私は、当申請に関し次の事項に同意します。

(自署または記名押印)

氏名

印 (本人)

- (1) このサービスを利用するために、申請書の内容を事業者(助産師)に提供すること並びに、利用者の状況等について、事業者から目黒区に情報提供すること。
- (2) 利用時に利用者負担金を事業者に支払うこと。
- (3) 新生児訪問事業等、保健サービス提供のために、利用時の状況等に関する情報を目黒区が利用すること。