

尼崎市宿泊・通所型産後ケア事業利用申請書



記入上の注意・申請者は太枠内のみ記入してください。

申請日		令和 年 月 日			利用者番号	
申請者氏名	フリガナ			フリガナ		
	生年月日	昭和・平成	年 月 日	歳	生年月日	令和 年 月 日()か月
住所	〒 _____ 番地 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号 _____ 区 _____ 市 _____ 町 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号 _____ 番					<input type="checkbox"/> 尼崎市に住民登録しています
電話	日中連絡のとれる連絡先		緊急連絡先	氏名	続柄	
世帯構成	氏名	続柄	生年月日	職業	備考	
所得区分	市民税課税世帯 ・ 市民税非課税世帯 ・ 生活保護世帯					
○母親の状況について						
・妊娠中の異常 無 ・有 (具体的に)						
・不妊治療歴 無 ・有 (具体的に)						
・健康状態 良い・悪い (具体的に)						
○お子さんの状況について						
出生体重	グラム	在胎週数	週	出生時の異常	無 ・ 有 (具体的に)	
妊婦健診	医療機関名		出生場所	医療機関名		
現在の健康状態		良い ・ 悪い (具体的に)				
○育児の状況について						
・授乳方法						
<input type="checkbox"/> 母乳 1日 回 <input type="checkbox"/> 混合 母乳1日 回+ミルク c c x 回 <input type="checkbox"/> ミルク 1日1回 c c x 回						
・離乳食 始めていない ・ 始めている ()回食						
・(児)アレルギーの有無 無 ・ 有 (具体的に)						
・育児の協力者 無 ・ 有 (具体的に)						
○産後ケアの利用について						
申請理由				相談内容		
サ希 望 ビ す 希 望 日	○をつけてください 宿泊型 ・ 通所型			希望事業者		
利用希望日				1. () 2. () 3. ()		

同意書

尼崎市長様

- 自己負担額の決定に関して、世帯に属する市町村民税を尼崎市が閲覧することに同意します。
(市民税非課税世帯・生活保護世帯のみ)
- 産後ケアを実施する事業者の請求に対して費用を支払うことを誓約します。
- 利用にあたって、市と事業者が相互に情報提供することに同意します。

年 月 日 申請者氏名

※オンライン申請については、オンライン申請時の同意チェックをもって同意したものとみなす。

【市調査内容記載欄】

【確認事項】

- 世帯区分
- 単胎・多胎
- 母子ともに感染性疾患に罹患していない（疑う症状がない）
- 急性の乳腺炎症状（発熱、乳房の腫脹、強い疼痛等）がない
- 相談内容
- 助産師に希望する支援内容（家事援助は対象外）
- 尼崎市宿泊・通所・訪問型産後ケア事業の利用歴の有無
- 直近で自費で母乳外来や助産院等利用したか
- 希望の事業者の有無

【伝達事項】

- 利用料（1回あたりの利用料、利用料はサービス利用時に直接助産院等に支払う）
- 利用期間、利用回数
- 事業者決定後、事業者から連絡があること
- 日時の変更やキャンセルする場合は、事業者が定める期限までに事業者に連絡をすること
- 申請内容に変更が生じる場合は、変更申請を行うこと

調査担当者【 】

利用承認		承認	・	不承認
自己負担額	宿泊サービス	2,000/泊	・	5,500/泊
	通所サービス	700/泊	・	2,700/泊
実施事業者				