

桑名市産後ケア事業利用申請及び面談書

（宛先）桑名市長

申請者 下
 住所
 氏名
 妊産婦との関係 ()
 電話番号

桑名市産後ケア事業実施要綱第6条の規定により、次のとおり申請します。

妊産婦氏名		妊産婦生年月日	年 月 日 (歳)
妊産婦電話番号	() -	出産(予定)施設名	
乳児氏名		乳児生年月日 (出産予定日)	年 月 日 (予定日 年 月 日)
出生体重	g	在胎週数	週 日
階層区分	<input type="checkbox"/> 1 : 生活保護世帯・市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 2 : 1以外の世帯 <input type="checkbox"/> 3 : 多胎(双胎 ・ 多胎) ※ 1・3の階層区分の方は各項目が証明できる書類の提示が必要です。		
申請理由	①出産後の母の体調に不安がある <input type="checkbox"/> 身体的な不調や回復の遅れを感じる <input type="checkbox"/> 精神的な不調などを感じる・赤ちゃんとの生活を肯定的にとらえられない <input type="checkbox"/> 産婦健康診査を実施した病院、診療所または助産所で身体的ケアが必要と指摘された <input type="checkbox"/> 産婦健康診査で、心理的ケアが必要と指摘された <input type="checkbox"/> 精神科や心療内科などに受診したことがある・している⇒(内服:有・無) <input type="checkbox"/> その他 () ②赤ちゃんの健康状態、栄養状態に不安がある <input type="checkbox"/> 身体的な不調や心配がある <input type="checkbox"/> 病院、診療所または助産所で身体的ケアや経過観察等が必要と指摘された <input type="checkbox"/> その他 () ③身近に支援者・相談者がいない <input type="checkbox"/> 身近に支援者がいない・十分な育児、家族等の支援が受けられない <input type="checkbox"/> 身近に相談者がいない・十分な育児、家族等の相談・指導が受けられない <input type="checkbox"/> その他 () ④育児について、心配・不安などがある <input type="checkbox"/> 育児についてわからないことや不安・心配がある ⇒その内容は? () ⑤その他 <input type="checkbox"/> 多胎(双胎 ・ 多胎)の育児に不安・心配がある <input type="checkbox"/> その他 ()		

利用希望種類 利用希望日	<input type="checkbox"/> 訪問 年 月 日 頃 <input type="checkbox"/> 通所 年 月 日 頃		
訪問希望 事業者		通所希望 事業者	
<input type="checkbox"/> 桑名市産後ケア事業のサービス利用に必要な情報を委託事業所に提供することに同意します。 また、委託事業所で得た母子の情報等について、桑名市に提供することに同意します。			

- ※ 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。
- ※ 生活保護世帯受給者証をお持ちの方は、持参してください。利用者自己負担額が免除されます
- ※ 市民税非課税証明書をお持ちの方は、持参してください。利用者自己負担額が免除されます。

以下は記入しないでください。

結 果	<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	階層区分	1. 生活保護世帯・市民税非課税世帯 2. 1以外 3. 多胎(双胎 ・ 多胎)
担当者	窓口担当者 () 地区担当者 () 他 ()		

利用者受付No.