様式第１号（第５条関係） 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

別記

山形市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

（宛先）山形市長

　次のとおり山形市産後ケア事業の利用を申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者（利用者） | （ふりがな）  氏　名 | | |  | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日(　　歳) | | | |
| 住　所 | | | 山形市  　　　　　　　　　　　　　　　 　電話(携帯) | | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | | | 氏名 | | | | 申請者との関係 | | | |  | | |
| 住所  電話 | | | | | | | | | | |
| （ふりがな）  乳児の氏名 | | | 男・女 | | | 出生  体重 | g | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | |
| （ふりがな）  乳児の氏名 | | | 男・女 | | | 出生  体重 | g | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | |
| 出産医療機関名 | | |  | | | | | | 出産予定日 | | | 年　　月　　日 | |
| 世帯構成  （申請者を除く） | 氏　名 | | | ふりがな | | 続柄 | | | 生年月日 | | | | | 勤務先・学校名 |
|  | | |  | |  | | | 年　　月　　日 | | | | |  |
|  | | |  | |  | | | 年　　月　　日 | | | | |  |
|  | | |  | |  | | | 年　　月　　日 | | | | |  |
|  | | |  | |  | | | 年　　月　　日 | | | | |  |
| 世帯区分  該当する場合☑を付けてください。 | | | | * Ⅱ 市民税非課税世帯 | | | | | | | | | | |
| * Ⅲ 生活保護世帯　　 ※生活保護受給証明書の提出が必要です。 | | | | | | | | | | |
| 希望するサービスに☑を付け、  裏面の必要事項を記入してください。 | 利用回数上限 | あわせて７日 | □ショートステイ | | 利用希望日　　年　　月　　日～　　年　　月　　日(　泊　日) | | | | | | | | | |
| □デイケア | | 利用希望日数　計　　日  利用希望日（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| あわせて３回 | □乳房ケア（通所型） | | | | | | | | | | | |
| □乳房ケア（訪問型） | | | | | | | | | | | |
| □ママサポーター | | | | | | | | | | | | | |
| 確認事項 | | ・分娩状況　　　　　　□異常なし　□特記事項あり（　　　　　　　　　　　　）  ・産後の体調　　　　　□良　□不良（　　　　　　　　　　　　）  ・治療中の疾患　　　　□無　□有（　　　　　　　　　　　　）  ・内服の有無　　　　　□無　□有（　　　　　　　　　　　　）  ・アレルギーや感染症　□無　□有（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | |
| 山形市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書に記載した情報及びサービスの利用に必要な情報を山形市産後ケア事業を実施する事業者に情報提供することに同意します。また、利用者の健康状態について、事業者から山形市に情報提供することに同意します。  山形市が審査に必要な範囲で住民基本台帳について調査・閲覧することに同意します。  　自己負担金免除決定に際して、住所を同じくする世帯員全員の課税状況等の関係書類を閲覧することに同意します。  　　年　　　月　　　日　　　　　　　　　　申請者氏名 | | | | | | | | | | | | | | |

希望するサービスについて、必要事項を記入し、又はあてはまるものに☑をつけてください。状況により希望に添えない場合があります。

１　ショートステイ・デイケア　※利用時その都度申請が必要です。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望施設名 | □山形済生病院　□羽根田産婦人科クリニック  □横山病院（ショートステイのみ）　□すまいるレディースクリニック  □助産院nana（デイケアのみ）　□国井クリニック　□特になし |
| 特に利用を希望するサービス内容に☑を付けてください。 | □　産後の母の健康管理や生活面の指導  □　乳房ケアや授乳方法の指導  □　乳児の沐浴、発育・発達のチェック、体重・排泄、栄養のチェック、  スキンケア等の育児方法の指導  □　育児相談  □　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　） |

２　乳房ケア（通所型）※日程は、利用承認後に施設と調整してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望施設名 | □山形済生病院　　□羽根田産婦人科クリニック　　□市立病院済生館  □すまいるレディースクリニック　　□エンジェル助産院  □わたなべ助産院　　□助産院nana　　□特になし |
| 特に利用を希望するサービス内容に☑を付けてください。 | □乳房ケアや乳房マッサージ  □授乳量や授乳方法の指導  □育児相談（児の発育・発達のチェックなど）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

３　乳房ケア（訪問型）※日程は、利用承認後に施設と調整してください。※駐車場を準備してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 希望施設名 | □マミーズルーム　　□エンジェル助産院　　□わたなべ助産院  □助産師のひとみさん　　□助産院nana　　□特になし |
| 特に利用を希望するサービス内容に☑を付けてください。 | □乳房ケアや乳房マッサージ  □授乳量や授乳方法の指導  □育児相談（児の発育・発達のチェックなど）  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

４　ママサポーター　※日程は、利用承認後に施設と調整してください。※駐車場を準備してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利用を希望するサービスに☑を付けてください。  ※買い物等のために要した交通費等は利用者の実費負担となります。 | 家事に関すること  □食事の準備及び後片付け  □衣類の洗濯、補修  □居室等の掃除及び整理整頓  □生活必需品の買い物  □その他必要な家事援助  （　　　　　　　　　　　　　） | 育児に関すること  □授乳  □おむつ交換  □沐浴介助  □その他必要な育児援助  （　　　　　　　　　　　　　） |
| 希望利用期間 | 年　　月　　日　～　　　年　　月　　日 | |
| 希望利用頻度等  (希望があればご記入ください) | 希望時間帯：午前・午後　　希望曜日： | |
| 希望事業所名 | □やまがた育児サークルランド　　□ふれあいにこにこの丘  □山形わたげの会　　□特になし | |

※山形市記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請受付年月日 | 年　　月　　日 | 決定年月日 | 年　　月　　日 |
| 通知年月日 | 年　　月　　日 | 承認（No.　　　　　　　　）　・　不承認 | |
| 利用依頼事業者 |  | | |
| 世帯区分 | □Ⅰ市民税課税世帯　　　　□Ⅱ市民税非課税世帯　　　　　□生活保護世帯 | | |