

別記

様式第1号（第5条関係）

年 月 日

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	第 子
	(ふりがな) 乳児の氏名	男・女	出生 体重	g	生年月日	年 月 日	第 子
	出産医療機関名				在胎週数	週 日	
世帯区分 該当する場合□を付けてください。		<input type="checkbox"/> II 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> III 生活保護世帯 ※生活保護受給証明書の提出が必要です。					
裏面の 希望する サービス を記入し ください。 ※必要時 情報提供す る場合があ ります。	利用 数 上 限	あわせ せ 7 日	<input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> デイケア	利用希望日 年 月 日～ 年 月 日(泊日)			
		あわせ せ 7 日	利用希望日数 計 日 利用希望日 ()				
		あわせ せ 7 日	<input type="checkbox"/> 乳房ケア(通所型) <input type="checkbox"/> 乳房ケア(訪問型)				
		あわせ せ 7 日	<input type="checkbox"/> ママサポーター				
			<input type="checkbox"/> 妊娠中(予定日 年 月 日) <input type="checkbox"/> 産後 <input type="checkbox"/> 三つ子				
確認事項		• 分娩状況 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 特記事項あり () • 産後の体調 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 () • 治療中の疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () • 内服の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () • アレルギーや感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () • 栄養法 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 人工乳 <input type="checkbox"/> その他 () • 児の健康状態 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 特記事項あり ()					
かかりつけの 医療機関		病院名※治療中の疾患がありましたらご記入ください。					
		母: (電話番号)) 児: (電話番号))					
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提供することに同意します。また、利用者の健康状態に関する情報について、事業者から山形市に提供することに同意します。							
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医療機関に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。							
自己負担額の決定に際して、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、当てはまるものに☑を付けてください。

希望事業者は原則1か所選択ください。希望するサービス内容には☑を付け具体的にご記入ください。

状況により希望に添えない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

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。

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

希望事業者名	<input type="checkbox"/> 山形済生病院 <input type="checkbox"/> 市立病院済生館 <input type="checkbox"/> 助産院nana <input type="checkbox"/> エンジェル助産院 <input type="checkbox"/> わたなべ助産院
特に利用を希望するサービス内容に☑を付けてください。	<input type="checkbox"/> 乳房ケアや乳房マッサージ（具体的に： ） <input type="checkbox"/> 授乳量や授乳方法の指導（具体的に： ） <input type="checkbox"/> 育児相談（児の発育・発達のチェックなど） <input type="checkbox"/> 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。

希望事業者名	<input type="checkbox"/> エンジェル助産院 <input type="checkbox"/> マミーズルーム <input type="checkbox"/> 助産師のひとみさん
特に利用を希望するサービス内容に☑を付けてください。	<input type="checkbox"/> 乳房ケアや乳房マッサージ（具体的に： ） <input type="checkbox"/> 授乳量や授乳方法の指導（具体的に： ） <input type="checkbox"/> 育児相談（児の発育・発達のチェックなど） <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 食事の準備及び後片付け <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯、補修 <input type="checkbox"/> 居室等の掃除及び整理整頓 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物 <input type="checkbox"/> その他必要な家事援助 ()	育児に関すること <input type="checkbox"/> 授乳 <input type="checkbox"/> おむつ交換 <input type="checkbox"/> 沐浴介助 <input type="checkbox"/> 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：	
希望事業者名	<input type="checkbox"/> やまがた育児サークルランド <input type="checkbox"/> ふれあいにこにこの丘 <input type="checkbox"/> 山形わたげの会 <input type="checkbox"/> ドゥーラシッターやまがた	

※自治体記入欄

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	<input type="checkbox"/> I 市民税課税世帯	<input type="checkbox"/> II 市民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯