

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。			☐ 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。					
裏面の 希望するサービスに☑を付け、 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			☐ 妊娠中 (予定日 年 月 日) ☐ 産後 ☐ 三つ子			
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 () ・栄養法 ☐ 母乳 ☐ 混合 ☐ 人工乳 ☐ その他 () ・児の健康状態 ☐ 異常なし ☐ 特記事項あり ()						
かかりつけの 医療機関 ※必要時情報提供する場合があります。		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。

希望事業者名	☐ 山形済生病院 ☐ 羽根田産婦人科クリニック ☐ すまいるレディースクリニック ☐ 国井クリニック ☐ 横山病院（ショートステイのみ） ☐ 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。	☐ 産後の母の健康管理や生活面の指導（具体的に： ） ☐ 乳房ケアや授乳方法の指導（具体的に： ） ☐ 乳児の沐浴、発育・発達チェック、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 ☐ 育児相談（具体的に： ） ☐ その他（ ）

希望事業者名	☐ 山形済生病院 ☐ すまいるレディースクリニック ☐ 市立病院済生館 ☐ 助産院 nana ☐ エンジェル助産院 ☐ 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。	☐ 乳房ケアや乳房マッサージ（具体的に： ） ☐ 授乳量や授乳方法の指導（具体的に： ） ☐ 育児相談（児の発育・発達のチェックなど） ☐ その他（ ）

希望事業者名	☐ エンジェル助産院 ☐ マミーズルーム ☐ 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。	☐ 乳房ケアや乳房マッサージ（具体的に： ） ☐ 授乳量や授乳方法の指導（具体的に： ） ☐ 育児相談（児の発育・発達チェックなど） ☐ その他（ ）

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：	
希望事業者名	☐ 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 ☐ ドゥーラシッターやまがた	

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		