

(第1号様式)

産後ケア事業費用助成申請書

次のとおり産後ケア事業の利用を申請します。

申請者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	母氏名			
	フリガナ		生年月日 (※出生後の方)	年 月 日
	児氏名		出産予定日 (※妊娠中の方)	年 月 日
申請者住所	〒242- 大和市		電話番号	() ※日中連絡可能な電話番号
緊急連絡先	氏名	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	
	(母との関係：)	電話番号	()	
分娩(予定)施設				
申請理由	<input type="checkbox"/> 産後のサポート・育児を手伝ってくれる人がいない <input type="checkbox"/> 産後の身体回復のための療養、体調管理のため <input type="checkbox"/> 育児不安がある <input type="checkbox"/> 乳房トラブルに関する相談 <input type="checkbox"/> 授乳相談 <input type="checkbox"/> 育児相談 <input type="checkbox"/> その他 ()			
利用者の世帯状況 (直近の課税状況)	<input type="checkbox"/> 住民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 ※転入等により大和市中で直近の住民税課税状況が確認できない場合は、前住所地の市町村が発行する非課税証明書の添付が必要となります。 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯			
大和市長 あて		年 月 日		
関係書類を添えて、上記のとおり大和市産後ケア事業費用助成の利用を申請します。 申請にあたり、申請者世帯の住民登録記載事項、課税、生活保護の受給状況確認、及びその他利用決定及び支援に必要な情報について、産科医療機関等への問い合わせを市が行うことに同意します。				
申請者氏名： _____				

※特記事項(以下、市記入欄)

受理日 (/) 受付者 () 受理方法 (窓口・郵送・訪問)

課税世帯 非課税世帯 生活保護世帯

担当	係長	課長

承認としてよろしいでしょうか

不承認としてよろしいでしょうか

決定日	年 月 日
-----	-------

産後ケア事業ご利用に際して現在のご様子をおたずねします

あなたのご様子について

・入院治療が必要といわれていますか	はい	・	いいえ
・感染症にかかっていますか	はい	・	いいえ
・アレルギーはありますか	はい	・	いいえ
※ありの方で、配慮が必要なものがある場合のみご記入ください ()			
・現在治療中の疾患はありますか	あり	・	なし
※ありの方は下記をご記入ください			
① 疾患名：	医療機関：		
通院状況： 回 / 週 ・ 月 ・ 年	内服： あり() ・ なし		
② 疾患名：	医療機関：		
通院状況： 回 / 週 ・ 月 ・ 年	内服： あり() ・ なし		
・今までに心理的・精神的な問題でカウンセリング、医師に相談したことはありますか	はい	・	いいえ
※はいの方は下記をご記入ください			
① 疾患名：	いつ頃から：	才頃	現在治療中(内服薬名)
・妊娠中の経過について、医師、助産師から何か問題があるといわれましたか	はい	・	いいえ
※はいの方は下記をご記入ください			
① 疾患名：	医療機関：	内服： あり() ・ なし	
② 疾患名：	医療機関：	内服： あり() ・ なし	
・妊娠もしくは出産前とは違う不安定な気持ちになることがありますか	あり	・	なし
・妊娠もしくは出産前とは違う不安定な体調になることがありますか	あり	・	なし

サポートの状況について

・サポートをしてくれる人はいますか	い	る (夫 ・ パートナー ・ 実父母 ・ 義父母 ・ その他)	・	いない
・相談できる人はいますか	い	る (夫 ・ パートナー ・ 実父母 ・ 義父母 ・ その他)	・	いない

出産された方に伺います

・産後のお母さんの体調不良はありますか	あり	・	なし
症状・病名：			
・赤ちゃんの体重(多胎の場合は並列してご記入ください)			
出生体重：	g		
妊娠期間：	週		
※妊娠期間が37週未満の方は下記を必ずご記入ください			
出産予定日	年	月	日
・赤ちゃんの治療中の病気はありますか?	あり	・	なし
病名： 医療機関：			
・赤ちゃんの内服薬はありますか?	あり ()	・	なし