

産後ケア事業利用申請書・同意書

年 月 日

(宛先)舟橋村長

利用者	ふりがな		生年月日	昭和 平成	年 月 日(歳)	
	氏 名					
	現住所	(〒 -)				
	連絡先 (携帯電話)		アレルギー	なし・あり()		
	今までにかかった疾患・ 治療中の疾患	なし ・ あり	☐内科系疾患 ☐婦人科系疾患 ☐精神科系疾患 ☐その他		※保健師との面談時、状況等を確認させていただきます。 ※現在、内服中の薬があれば、下記に記載してください。	
			内服薬			

お子さんがお生まれになっている方は、こちらを記載してください。↴

子	ふりがな		生年月日	年 月 日(か月)
	氏 名	男 ・ 女 第 子		
	出産の 場所 (名称)		妊娠期間	週 日
			出生体重	g

ご出産予定の方は、こちらを記載してください。↴

妊婦	出産予定 場所 (名称)		出 産 予定日	年 月 日 出産予定
----	--------------------	--	------------	------------

お母さんの 身体、育児で 心配なこと	
--------------------------	--

(裏面へ)

同意書

1. ご利用に際し、お母さんの心身の状態等により、事業者が舟橋村役場や医療機関から情報提供を得ること。
2. 産後ケア事業利用後、継続支援が必要な場合、事業者が舟橋村役場等に連絡すること。
3. 産後ケア事業の利用について、次のことを遵守すること。
 - (1) 事業利用のキャンセルは利用予定日の前日の午後3時までに役場に行くこと。
(発熱など体調不良の場合はその限りではありません。)
 - (2) 利用目的は、養育者の休息と助産師等による育児手技の伝達と認識し利用すること。
4. 舟橋村産後ケア事業の利用に係る審査のため、生活保護の記録及び税情報について、舟橋村長が関係機関に調査及び照会をし、並びに関係する台帳等を閲覧することに同意します。

産後ケア事業を利用するにあたり、以上の項目に同意します。

年 月 日

利用者氏名(自署)