

(様式1号ー1)

川西市産後ケア事業 利用申請書兼情報提供同意書

川西市長 様

年 月 日

次のとおり川西市産後ケア事業の利用を申請します。

利用希望者（母親・乳児等）	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）		
	住所	電話				
		(緊急連絡先) 氏名:		申請者との関係: 電話		
	出産医療機関		出産日 出産予定日	年 月 日 (在胎 週)		
	ふりがな 児氏名	(第 子)	性別	男・女	出生 体重	g
	多胎の場合 ふりがな 児氏名	(第 子)	性別	男・女	出生 体重	g
兄弟利用の場合 ふりがな 児氏名	※兄弟利用は、別途自己負担があります。また、実施機関は少ないため、利用出来ない場合があります。					
	ふりがな 児氏名	(第 子)	性別	男・女	生年 月 日	年 月 日 (歳)
世帯構成	氏名	利用者(養育者)との続柄	生年月日	年齢	職業	
			年 月 日			
			年 月 日			
			年 月 日			
※上記以外の同居家族			年 月 日			
世帯の区分	該当する世帯区分のいずれかに☑をつけてください。 ※証明書の提出が必要な場合があります。 ☐ 市民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯 ☐ その他(課税世帯)					

利用希望サービス	種別	利用可能上限・予約				
	☑ 宿泊型	上限日数 7 日間	※利用券受理后、自ら予約をします。			利用期間: 1歳のお誕生日まで
	☑ 通所型	上限時間 50 時間	※利用券受理后、自ら予約をします。			
☑ 訪問型	上限時間 14 時間	※利用券受理后、自ら予約をします。				
申請理由・利用目的		☐ 母の体調管理 ☐ 栄養相談 ☐ 心の休息 ☐ 身体の休息 ☐ 乳房ケア ☐ 授乳相談 ☐ 発達発育チェック・相談 ☐ 離乳食相談 ☐ 育児相談 ☐ 沐浴指導 ☐ その他 ()				
同意書		① 本申請に関する内容を、川西市産後ケア事業の実施事業者に提出することおよび、利用者の健康状態について、事業所から川西市に情報提供することに同意します。 ② 本申請にあたり、住民基本台帳による世帯状況および世帯全員の住民税課税状況を調査することに同意します。また、当該調査で確認できない場合は必要な書類を提出いたします。 利用者氏名 _____				

【裏面の利用アンケートも記入ください】

川西市産後ケア事業 利用【事前】アンケート

産後ケア事業を利用するにあたっての参考にさせていただきます。下記についてお答えください。

【ご自身について】

(1) 体調不良や不安はありますか □ いいえ □ はい → (	)
(2) 過去に大きな病気をされたこと(または、治療中の病気)はありますか □ いいえ □ はい → (いつ頃: 病名:	)
(3) こころの不調で、カウンセリングや心療内科、精神クリニック等に相談したことがありますか □ いいえ □ 過去に相談したことがある □ 現在、相談している → (いつ頃から:) → (いつ頃:) (医療機関名:)	)
(4) 妊娠時の感染症の検査で陽性だったものはありますか □ いいえ □ はい (具体的に:	)
(5) 食物等のアレルギーはありますか (具体的に:	)
(6) 里帰りをしていますか (帰先: □ 実家 □ 義実家 □ いいえ □ はい → 里帰り予定期間: 月 日 ~ 月 日	)
(7) 家事・育児など周囲の援助はありますか □ いいえ □ どちらともいえない □ ある (主な援助者:	)
(8) ご自身のことで、相談したいことはありますか □ いいえ □ はい → (	)

【お子さんについて】

多胎児の場合は、それぞれで記入ください

	児氏名:	児氏名:
(1) 出生時の異常の有無	□ なし □ あり ↓ (	□ なし □ あり ↓ (
(2) お子さんの体調やお子さんのケアで配慮が必要なことはありますか	□ いいえ □ はい ↓ (	□ いいえ □ はい ↓ (
(3) 授乳・離乳食の状況	☐ 母乳 時間毎 回 / 日 ☐ ミルク ml / 回、回 / 日 ☐ 離乳食 回 / 日 形状(初期・中期・後期) (すでに食べている食材) ☐ 母乳 時間毎 回 / 日 ☐ ミルク ml / 回、回 / 日 ☐ 離乳食 回 / 日 形状(初期・中期・後期) (すでに食べている食材) 食物アレルギーはありますか ☐ いいえ □ はい ↓ (具体的に 食物アレルギーはありますか ☐ いいえ □ はい ↓ (具体的に	☐ 母乳 時間毎 回 / 日 ☐ ミルク ml / 回、回 / 日 ☐ 離乳食 回 / 日 形状(初期・中期・後期) (すでに食べている食材) ☐ 母乳 時間毎 回 / 日 ☐ ミルク ml / 回、回 / 日 ☐ 離乳食 回 / 日 形状(初期・中期・後期) (すでに食べている食材) 食物アレルギーはありますか ☐ いいえ □ はい ↓ (具体的に 食物アレルギーはありますか ☐ いいえ □ はい ↓ (具体的に
(4) 排泄状況	便: 回 / 日 尿: 回 / 日	便: 回 / 日 尿: 回 / 日
(5) 育児について、不安に思っていることや困っていること相談したいことはありますか	☐ いいえ (具体的に ☐ はい →	

ご協力ありがとうございます