

（宛先）小金井市長

（申請者）

利用者本人 本人以外・続柄（ ）

住所

電話番号

申請者氏名

小金井市産後ケア事業利用登録申請書

小金井市産後ケア事業の利用の登録をしたいので、次のとおり利用登録を申請します。

ふりがな		生年月日	年 月 日 ( 歳)
妊産婦氏名			
住所	小金井市	マンション名	
電話番号	自宅 携帯	承認番号 (記入不要)	第 号
緊急連絡先	氏名	(続柄)	電話番号
ふりがな		出生体重 妊娠期間 数/続柄	週 日 子
子の氏名		単・多 (胎)、第	
出産日 (予定日)	年 月 日 ( 生後 か月 日 )	出産(予定) 医療機関	
世帯区分	<input type="checkbox"/> 生活保護等世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 左記以外の世帯		
利用希望	<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> 日帰り型 *合計7日間まで		
利用希望時期	<input type="checkbox"/> 産後すぐ <input type="checkbox"/> 産後1か月以後		
利用申請理由	該当する□にレ点をし、空欄には御記入ください。 1 家族などから支援が受けられないため 理由 ( ) 2 体調不良があるため 1) 通院している。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 病名 ( ) 病院名 ( ) 2) 内服している。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい 薬剤名 ( ) 3) 身体障害者手帳・愛の手帳・精神保健福祉手帳を持っている。 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ( 級) 4) その他 ( ) 3 授乳・育児について不安があるため (具体的に: ) 4 その他 ( )		
希望する ケア内容	該当する項目に○をしてください。 1 助産師等によるお母さんの健康相談 2 心身の休養 3 乳房の手当・授乳指導 4 沐浴・スキンケア 5 育児相談 6 家族への育児指導 7 育児サービスの紹介 8 その他 ( )		
現在の状況についてお伺いします。該当する□にレ点をつけ、空欄には御記入ください。 1 アレルギーはありますか(例:卵・牛乳・小麦粉・ミルクなど) 1) お母さん: <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (具体的に: ) 2) お子さん: <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (具体的に: ) 2 おさんは治療している病気や怪我などがありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい(傷病名 ) 3 その他お母さんやおさんのことで病院へ伝えておきたいことはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (具体的に: )			
同意欄	1 切れ目のない支援のため関係機関と情報を共有すること。 2 実施施設が市に対して利用状況を報告すること。 3 自己負担額の決定のため、市が所得状況及び住民基本台帳による世帯状況を必要な範囲で閲覧すること。 1から3までに掲げる事項について、同意の上、申し込みます。 妊産婦署名		