

産後ケア事業（アウトリーチ型）利用申請書兼情報提供書

年 月 日

各務原市長

申請者 住所

氏名

(利用者との関係)

電話番号

下記のとおり、各務原市の産後ケア事業（アウトリーチ型）の利用を申請します。

利用者氏名	母		年 月 日 (歳)
	子		年 月 日 (か月)
住所 (住民票上の住所地)			電話番号
訪問先住所 (上記と異なる場合のみ記載)	様方		電話番号

利用日			
必要とする ケアの内容	1	母親と新生児に対する保健指導及び授乳指導（乳房マッサージを含む）	
	2	母親の療養上の相談又は支援	
	3	母親及び乳児に対する保健指導	
	4	母親の心理的ケア又はカウンセリング	
	5	育児の方法についての具体的な指導又は相談	
アンケート	・ 出産後、家事・育児を手伝ってくれる人はいますか はい () ・ いいえ ・ 育児について相談できる人はいますか はい () ・ いいえ ・ 現在、心やからだの体調に不安がありますか はい ・ いいえ ⇒どのような不安ですか ()		

世帯の区分	☐	生活保護世帯 ⇒保護受給証明書を添付してください。（本市で確認できる場合を除く）
	☐	市町村民税非課税世帯 ⇒1月1日現在、本市に住民登録がない市町村民税非課税世帯の方のみ所得課税証明書（世帯員全員分）を添付してください。
	☐	その他

↓（同意いただける場合、）☒をお願いします。☐ 産後ケア利用にあたっての自己負担額の査定のため、住民登録情報及び課税状況等個人情報について、関係機関へ照会させていただきます。☐ 本様式は、ケアを提供する助産師へ提供させていただきます。