様式第1号（第8条関係）

河南町産後ケア事業利用登録申請書兼情報提供等同意書

（あて先） 河南町長

年　　月　　日

私は、下記のとおり河南町産後ケア事業の利用を申請します。

申請者（利用者）	フリガナ		生年月日（年齢）	年　月　日（　歳）	
	氏名				
	住所	〒585－00 河南町	電話番号	自宅 携帯	
世帯の区分（ ）内に○	（　）課税世帯 （　）町府民税非課税世帯 （　）生活保護世帯		出産予定の医療機関・助産院		
出産予定日（出産日）	月　日	これまでの妊娠・出産について	今回の妊娠は　回目 今回の出産は　回目		

感染症	検査項目	結果	備考	検査項目	結果	備考
	HIV抗体検査	(−/+)		HTLV-1	(−/+)	
	梅毒血清反応	(−/+)		HCV抗体	(−/+)	
	HBs抗原	(−/+)				

※既に出産された方のみご記入ください 赤ちゃんについて				
フリガナ		出生体重　g	在胎週数　週　日	
氏名				
フリガナ		出生体重　g	在胎週数　週　日	
氏名				

緊急連絡先				
フリガナ		利用者との関係		
氏名				
住所		電話番号	自宅 携帯	

世帯構成	氏名	生年月日（年齢）	続柄
		（　歳）	
		（　歳）	
		（　歳）	
		（　歳）	
		（　歳）	

希望するサービス		希望する日程（予定）	合計
ショートステイ		年　月　日 ～　年　月　日 年　月　日 ～　年　月　日	泊　日
デイサービス	①7時間	年　月　日 ～　年　月　日 年　月　日 ～　年　月　日	日間
	②9時間	年　月　日 ～　年　月　日 年　月　日 ～　年　月　日	日間
利用希望施設		第1希望（　）・第2希望（　）	
特に希望する利用内容		1. 授乳についての相談（乳房の手当、授乳方法、赤ちゃんの発育・発達の確認等）	
		2. 育児に関する相談（赤ちゃんのお風呂や着替え等の身の回りのお世話全般について）	
		3. 休養、お母さんの産後の体調等の相談	
		4. その他（　）	

同意欄
1. 利用料に係る審査をするために、河南町が必要な範囲で住民票・課税状況について調査・閲覧し、当該調査で確認できない場合は、申請者が必要書類を提出すること。 2. 産後ケア事業の利用に当たり、河南町が利用施設等に対して必要な個人情報を提供すること、及び利用施設等が河南町に対して必要な個人情報を提供すること。 3. 産後ケア事業を利用することができなくなった場合、又は事業の実施について変更が必要な場合は、定められた期限までに利用施設へ連絡をすること。 4. 産後ケア事業サービス終了時に、利用料を利用施設に対して支払うこと。 5. 利用日の前々日17時を過ぎて利用日の変更又は利用を中止した場合、キャンセル料が発生する場合があること。 6. 産後ケア利用時に体調不良等で医療行為が必要になった際、利用施設での対応が困難であれば、別の医療機関への受診勧奨を行う場合があること。 上記、1、2、3、4、5、6 に同意します。　　氏名

ご利用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。

①出産後、家事・育児などを手伝ってくれる人がいますか？　　はい　・　いいえ

はいの方は、誰がどのようなことを手伝ってくれる予定ですか？

（　　）

②出産後の体調に不安がありますか？　　はい　・　いいえ

はいの方は、どのようなことですか？

（　　）

③過去に大きな病気をされたこと（又は、現在治療中の病気）はありますか？

はい　・　いいえ

はいの方は、どのようなご病気ですか？

（　　）

④今までにこころの問題でカウンセラーや心療内科、精神科クリニック等に相談したことがありますか？

はい　・　いいえ

⑤食べ物に関して、アレルギー等配慮が必要なことはありますか？

はい　・　いいえ

はいの方は、どのようなことですか？

（　　）

⑥出産後の育児について、不安がありますか？　　はい　・　いいえ

はいの方は、どのようなことですか？

（　　）

⑦その他、気になることがあればご記入ください。

（　　）

【健康づくり推進課記入欄】 受付サイン＿＿＿＿＿＿＿＿

□ 町民確認　　□ 課税状況確認（ 課税 ・ 非課税 ・ 生保 ）　　□ 加算条件確認