

八戸市産後ケア事業利用申請書兼情報提供書

八戸市長 様

私は、下記のとおり八戸市産後ケア事業の利用を申請します。

申請者（利用者）氏名	ふりがな（ ）				生年月日（年齢）	年 月 日（ 歳）			
申請者（利用者）住所	〒 ー 八戸市				電話 携帯				
緊急連絡先	氏名： 続柄（ ） 電話								
出産日	令和 年 月 日				今回の出産は 回目				
出産施設名					退院日	令和 年 月 日			
出産の状況	分娩方法： 経膣分娩 ・ 帝王切開 ・ 吸引分娩 ・ その他（ ）								
赤ちゃんについて □多胎	（ ） 男 ・ 女 氏名： （第 子）				出生体重	g 在胎週数 週 日			
	（ ） 男 ・ 女 氏名： （第 子）				出生体重	g 在胎週数 週 日			
世帯構成	氏名	続柄	年齢	職業	氏名	続柄	年齢	職業	
世帯の区分	☐ 一般（課税世帯） ☐ 市民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯 *添付書類（必要時提出）世帯全員分の市民税の課税（非課税）証明書または生活保護受給証								
事業の種類	希望予定日					利用希望 実施施設			
□通所型	第1希望： 年 月 日（ 曜日）1日・半日（午前・午後）					□きこキッズ助産院 □苫米地レディースクリニック □八戸市立市民病院 □八戸クリニック			
	第2希望： 年 月 日（ 曜日）1日・半日（午前・午後）								
□宿泊型	第1希望： 年 月 日（ 曜日）から1泊2日					□苫米地レディースクリニック □八戸市立市民病院 □八戸クリニック			
	第2希望： 年 月 日（ 曜日）から1泊2日								
※施設の空き状況により、希望に添えない場合もございますのでご了承ください。産後ケア事業の利用期間内（産後1年未満、分娩施設は産後4か月未満）で利用の意向がある実施施設名を複数ご記入ください。									
利用を希望する項目に○をつける	1 産後の心身のケア（産婦の体調等の相談、休息、乳房の手当て等） 2 赤ちゃんのケア（発育・発達の様子の確認、スキンケアなど） 3 育児に関する相談・指導（授乳及び赤ちゃんのお風呂の入れ方、家庭での育児）								
利用申請理由（特に心配な事）									

同意欄	
① 利用者負担金に係る課税状況を確認するために提出した書類について誤りまたは不備がある場合は、八戸市が審査に必要な範囲で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あたり、八戸市が利用医療機関等に対して必要な個人情報（本利用申請書兼情報提供書等）を提供すること。また利用医療機関等が八戸市に対して必要な個人情報を提供すること。 ③ 産後ケア事業を受ける際は、利用医療機関等に利用者負担金を支払うこと。（食事代は自己負担となる。） ④ この産後ケア事業を利用することができなくなった場合や不要になった場合は、定められた期限までに八戸市、若しくは利用医療機関等に連絡すること。キャンセル料が発生した場合は、直接利用医療機関等に支払うこと。 ⑤ 利用医療機関等の状況により、利用日に利用できない場合もあること。 上記①～⑤に同意します。 本人氏名	

*裏面もご記入ください

◎ご利用にあたって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
- ② 体調に不安がありますか？ （はいの方は、どのようなことですか？） はい ・ いいえ
〔 〕
- ③ 現在治療中の病気、または過去に大きな病気をされたことはありますか？ はい ・ いいえ
はいの方は、どのようなご病気ですか？（差し支えない範囲で答え下さい）
〔 〕
- ④ 過去や現在に、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？
いいえ ・ 過去に相談していた ・ 現在相談している ⇒
いつ頃、どのような症状や診断がありましたか？（差し支えない範囲で答え下さい）
〔 〕
- ⑤ 赤ちゃんについて、産科医療機関等から何か伝えられたことはありますか？
いいえ ・ はい ⇒ 〔 〕
- ⑥ 赤ちゃんについて、育てにくさを感じていることはありますか。
□ 眠りが浅い、寝ない □ 泣き止まない □ 抱っこが多い
いいえ ・ はい ⇒ □ 飲みが悪い □ よく吐く □ 抱きにくい
□ その他（ ）
- ⑦ その他、気になることがあればご記入ください。
〔 〕
- ⑧ 妊娠期の感染症検査結果について母子健康手帳の記載または、検査結果表を参照してわかる範囲でご記入ください。
〔 梅毒血清反応（ - ・ + ） HBs抗原（ - ・ + ） HCV抗体（ - ・ + ）
風疹ウイルス抗体（ 倍） HTLV-1抗体（ - ・ + ） クラミジア抗原（ - ・ + ） 〕
- ⑨ 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？
〔 〕

※八戸市保健所すくすく親子健康課から産後ケア実施施設への連絡事項記入欄

--	--

※申請受付日 R 年 月 日	※利用期間：□ 4 か月未満、□ 修正月齢（R 年 月 日まで）、□ 1 年未満	承認 ・ 不承認
※決定年月日 R 年 月 日	※利用回数：□ 単胎（宿泊 3 回、通所 5 回、通算 5 回まで） □ 多胎（宿泊 4 回、通所 6 回、通算 6 回まで）	担当：