様式第1号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　　　　　利用者→こども家庭課

**小樽市産後ケア事業利用申請書兼同意書**

申込日　　　　　　年　　　　月　　　　日

（宛先）小樽市長

私は次のとおり小樽市産後ケア事業の利用を申請します。

申込者　□　利用者本人（未成年の場合は、本人以外の欄に保護者も記載してください）

　　　　□　本人以外　　（氏名）　　　　　　　　　　　　　　（利用者との関係）

（住所）　　　　　　　　　　　　　　（電話番号）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | ふりがな |  | | 生年  月日 | | 年　　 　月 　　　　日（　　　　歳） | |
| 氏名 |  | |
| 住所 | 小樽市 | | | | | |
| 連絡先 | （携帯）　　　　　　　　　　　　　　　　　　（自宅） | | | | | |
| 出生子 | ふりがな |  | | | □ 男  □ 女 | 在胎週数　 　週　　 日  出生体重　　　　 　　g | 第（　　　）子 |
| 氏名 |  | | |
| 希望する  ケア内容  （複数回答可）  希望する内容に☑ | | □ 産後の体のケア・相談　　　　　　　 　□ 産後のメンタルケア・相談  □ 乳房ケア・授乳の相談　　　　　　 □ 心身の休養  □ 育児相談（抱っこ、泣きの対応など）　 □ 沐浴指導  □ 赤ちゃんの発育（体重チェックを含む）・発達チェック、健康相談  □ そ の 他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 希望する  ケア内容  希望する内容に☑ | | □ デイケア型 | （希望日記載） | | | | |
| □ アウトリーチ（訪問）型 | （希望日記載） | | | | |
| 現在の状況についてお伺いします。（ **産後ケア２回目以降の利用の方は記載不要 ）** | | | | | | | |
| １．お母さんの健康状態・体調について：過去又は現在に継続して通院や服薬などはありますか。  　通院：□ いいえ　　□ はい（ 病　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　服薬：□ いいえ　　□ はい（ 薬剤名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ２．お子様の体調について：出産病院やかかりつけ医から注意事項、心配事があれば記載してください。  　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 同意欄**（ 産後ケア２回目以降の利用の方は記載不要 ）** | | | | | | | |
| １．小樽市産後ケア事業（以下「本事業」）の利用者負担額の決定に当たり、市が利用者世帯の産後ケア初回利用当該年及び翌年の課税状況の確認をすること。生活保護世帯の場合は、担当課へ照会を行うこと。  ２．事業の利用に当たり、市が事業者に対し、必要な個人情報を提供すること及び事業者が市に対して必要な個人情報を提供すること。  ３．事業１回利用ごとに、利用料の自己負担分を事業者に支払うこと。  ４．利用開始日の２営業日前までに利用変更・中止の連絡がなく、利用変更・中止した時、事業者からキャンセル料の請求がある場合は、直接支払うこと。  ５．医療行為等が必要な場合又は万が一、利用者や事業者に感染症が発生した場合は、事業の利用ができない場合があること又は必要な情報を関係機関に提供すること。  ６．事業者の故意又は重大な過失である場合を除き、事故についての責任や補償は一切求めないこと。  上記１～６に同意します。　令和　　　　年　　　　　月　　　　　日  署名　　　　　　　　　　　　　　　　　（利用者との関係） | | | | | | | |
| 【 小樽市記入欄 】審査年月日：令和　　年　　月　　日　（ 利用承認・ 利用不承認 ）　確認者名：  □課税（ 自己負担　　　　円 ）□非課税　□生保（ 手帳番号：　　　　　　　、　　／　　CWに受給有を照会済 ）  上記利用（　　　）回目、通算利用：デイ（　　　）回、訪問（　　　）回 | | | | | | | |