

柏市長 あて

## 柏市産後ケア事業利用申請書

私は産後ケア事業を利用したいので下記のとおり申請します。

申請者 (妊産婦)	ふりがな 氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日 ( 歳)		
	住所	〒 柏市 電話				
	緊急連絡先	氏名 (申請者との関係) _____ 電話				
	ふりがな 児の氏名	(男・女)	出産(予定) 日	令和 年 月 日		
	出産医療機関			妊娠期間等	週 日 単胎・( )	
	児の状況	健康状態：良好・要治療 ( ) 出生時：体重 _____ g 身長 _____ cm				
世帯構成 (申請者以外)	氏名	ふりがな	続柄	生年月日	歳	職業
申請理由	<input type="checkbox"/> 育児に不安がある <input type="checkbox"/> 産後の体調が不安 <input type="checkbox"/> その他( )					
把握経路	<input type="checkbox"/> 医療機関からの紹介 <input type="checkbox"/> 行政からの紹介 <input type="checkbox"/> 家族・知人からの紹介 <input type="checkbox"/> ホームページ等					
利用サービス	<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> デイサービス型 <input type="checkbox"/> 訪問型					
利用希望施設	<input type="checkbox"/> くぼのやウィメンズホスピタル <input type="checkbox"/> あびこ助産院 <input type="checkbox"/> 千葉西総合病院 <input type="checkbox"/> 綾瀬産後ケア <input type="checkbox"/> おおたかの森助産院 <input type="checkbox"/> お産の森いのちのもり産科婦人科篠崎医院 <input type="checkbox"/> JAとりで総合医療センター <input type="checkbox"/> レ・アール助産院 (併用の場合の回数： 回) <input type="checkbox"/> 千葉県助産師会 (併用の場合の回数： 回)					
利用について	1. 母子に医療行為が必要な場合は産後ケアを利用することはできません。 2. やむを得ず予約をキャンセルする場合、料金が発生することがあります。詳細 につきましては利用施設に直接ご相談ください。 <input type="checkbox"/> 了承しました。					
柏市長あて 個人情報に関する同意書 下記について同意します。 <input type="checkbox"/> 審査のため、住民票，課税状況等を確認すること <input type="checkbox"/> 審査のため、主治医に母子の病状等を確認すること <input type="checkbox"/> 事業利用のため、必要な情報について利用施設と柏市で情報共有すること 年 月 日 申請者名						

※以下柏市使用欄

	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 出産予定日2か月前
世帯区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税所得割非課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税所得割課税世帯
添付書類	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者証明書 <input type="checkbox"/> 住民税課税・非課税証明書

收受印
-----