

様式第1号（第9条関係）

豊橋市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

年 月 日

豊橋市長 浅井 由崇 様

次のとおり豊橋市産後ケア事業の利用を申請します。

利用希望者	(ふりがな) 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)		
	住所	豊橋市				
		電話（携帯）：				
	(緊急連絡先氏名：		申請者との関係：		電話（携帯）：	
	出産施設名		出産日	年 月 日		
(ふりがな) 児の氏名		在胎週数	週 日	出生時体重	g	
					g	
世帯構成	氏名		続柄	生年月日	職業など	
			申請者			
利用希望 宿泊・デイ・ アウトリーチ あわせて 7日間を限度	宿泊型	年 月 日 () ～ 年 月 日 ()				
	デイサービス型	年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()		
		年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()		
	アウトリーチ型	年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()		
		年 月 日 ()	年 月 日 ()	年 月 日 ()		
		年 月 日 ()				
申請理由 (複数回答可)		(1) 育児不安が強い者 (2) 家族等から十分な産後の支援が受けられない者 (3) 母子の出産退院後の在宅生活において、養育上の支援が特に必要であると産科医療機関等が認める者 (4) 上記以外に、特に社会的支援の必要がある者				
利用希望事業者名						
世帯の区分		①生活保護世帯 ②住民税非課税世帯 ③その他				
添付書類		☐ 生活保護適用証明書 ☐ 住民税非課税証明書（世帯全員分）				
同意欄		・世帯構成については、豊橋市が調査を行うことに同意します。 ・世帯構成員の住民税課税状況（生活保護を受給している場合は、生活保護の受給状況を含む）について、豊橋市が調査することに同意します。 ・本申請書の内容を豊橋市産後ケア実施事業所に提供すること及び利用者の健康状態等について事業者から豊橋市保健所こども保健課に情報提供することに同意します。				
		署 名				

(注) この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。

※豊橋市記入欄

特に利用を希望する項目	☐ 産婦の療養上の世話及び生活面の指導 ☐ 産婦の心理的ケア ☐ 乳房管理及び授乳指導 ☐ 乳児の世話、発育及び発達の確認 ☐ 沐浴及びスキンケア等の育児指導 ☐ その他必要とする保健指導及び相談
利用者負担	☐ あり ☐ なし（ 生活保護世帯 非課税世帯 ）
決定日	年 月 日
審査結果	☐ 承 認 ☐ 不承認
特記事項	