

久留米市産後ケア事業利用申請書

久留米市長 殿

次のとおり久留米市産後ケア事業の利用を申請します。

※久留米市に住民登録（住民票）がある方のみ利用できる事業です。

利用回数（今回の妊娠出産において）		初回 ・ （ ）回目		申請日	年 月 日	
利用者	(ふりがな) 氏名			生年月日	年 月 日 (歳)	
	住所 (住民票のある住所)	久留米市		電話番号		
	緊急時 連絡先	氏名	申請者 との関係		電話番号	
		住所	(申請者と異なる場合のみ記入)			
	(ふりがな) 子の氏名	(第 子)		出生時の体重	g	
	(ふりがな) (多胎の場合) 氏名	(第 子)		出生時の体重	g	
	出産(予定)日	年 月 日 生	妊娠期間	週 日		
	出産(予定)施設					

該当するものに☑を記入してください。

希望するサービス	利用希望日
☐ショートステイ	年 月 日～ 年 月 日 (泊 日)
	年 月 日～ 年 月 日 (泊 日)
	年 月 日～ 年 月 日 (泊 日)
	年 月 日～ 年 月 日 (泊 日)
☐デイサービス	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
	年 月 日
利用希望施設	
申請理由 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 産後の身体的な不調や回復の遅れがあるため <input type="checkbox"/> 産後の心理的な不安があるため <input type="checkbox"/> 母乳育児等の相談のため <input type="checkbox"/> 育児手技（沐浴等）の相談のため <input type="checkbox"/> 母又は子の長期入院等があり、育児に不安があるため <input type="checkbox"/> 家族や実家等から、十分に家事や育児の支援を受けることができないため
上記、申請理由以外で 産後心配していること	
特に希望する サービス内容 ※複数選択可	<input type="checkbox"/> 母親の身体的ケア及び保健指導 <input type="checkbox"/> 母親の心理的ケア <input type="checkbox"/> 適切な授乳が実施できるためのケア（乳房ケア含む） <input type="checkbox"/> 育児の手技についての具体的な指導
【審査に係る調査及び情報共有に関する同意について】 <input type="checkbox"/> 産後ケア事業の利用にあたり、市が住民基本台帳による世帯状況を確認すること及び同一世帯の者の市町村 村民税の課税状況、生活保護の認定状況について情報を取得することに同意します。 <input type="checkbox"/> 利用申請後は、久留米市と利用施設が、産後ケア事業利用に係る情報及び利用者の健康状態等について共有 すること	