

ショートステイ / デイケア / アウトリーチ※ 申請用

※アウトリーチのみの申請は、第1-②号様式使用

大阪市産後ケア事業利用登録申請書

大阪市 区保健福祉センター所長

申請にあたって、大阪市産後ケア事業実施要綱を遵守し、利用登録を申請します。

利用者 (母子)	(ふりがな) 氏名				生年月日	昭和 平成			年	月	日
	住所	大阪市			区	電話					
	緊急連絡先	氏名			(申請者との関係)			電話			
		住所									
	利用する 乳児の氏名				出生日 (出産予定日)	(年 月 日)					
出産(予定)医療機関				妊娠期間	週	出生体重	g				
母子 以外 の 世帯 構成	氏名	ふりがな	続柄	生年月日			職業				
				年 月 日							
				年 月 日							
				年 月 日							
				年 月 日							
利用 申請 理由	必須項目	☐ 病院等への入院を必要としない									
	該当項目 (重複可)	☐ お母さんの体調に不安※がある ※下の項目もご記載ください ⇒ 現在、治療中の病気 ☐ 無 ☐ 有 ☐ 育児について不安がある ☐ その他 ()									
申請するサービス	☐ ショートステイ			希望する日(回)数			日 日 回				
	☐ デイケア										
	☐ アウトリーチ										
希望するサービス内容	☐ 母子の体調管理 ☐ 生活面の指導 ☐ 乳房ケア ☐ 授乳相談										
	☐ 沐浴等育児指導 ☐ 児の発育等相談 ☐ その他 ()										
世帯の区分	☐ 【区分A】市府民税課税世帯										
	☐ 【区分B】市府民税非課税世帯・生活保護世帯※証明書の提出が必要な場合があります										
利用料の減免に係る添付書類 ※利用料支払い後の 減免はできません		☐ 生活保護受給証明書 ☐ 市府民税非課税証明書 (世帯全員が非課税であることが確認できるものが必要です)									
①大阪市産後ケア事業利用申請書及びサービス利用に必要な情報を事業者へ情報提供することに同意します。また、利用者の健康状態について、事業者から保健福祉センターに情報提供することに同意します。 ②利用料に係る世帯区分を確認するために、保健福祉センターが審査に必要な範囲で住民基本台帳及び課税台帳等関係公簿を閲覧することに同意します。 ③記載いただいた内容等について、保健福祉センターより保健師等が確認の電話等をさせていただく場合があります。 年 月 日 申請者氏名											

【事務処理欄】

大阪市産後ケア事業利用登録申請書

申請にあたって、大阪市産後ケア事業実施要綱を遵守し、利用登録を申請します。

利用者 （母子）	(ふりがな) 氏名				生年月日	昭和 平成			年	月	日	
	住所	大阪市区									電話	
	緊急連絡先	氏名	(申請者との関係)			電話						
		住所										
	利用する乳児の氏名					出生日 (出産予定日)	(年 月 日)					
	出産(予定)医療機関					妊娠期間	週	出生体重	g			
母子以外の世帯構成	氏名	ふりがな	続柄	生年月日			職業					
				年 月 日								
				年 月 日								
				年 月 日								
				年 月 日								
利用申請理由	必須項目	☐ 病院等への入院を必要としない										
	該当項目 (重複可)	☐ お母さんの体調に不安がある ☐ 育児について不安がある ☐ その他 ()										
希望するサービス内容		☐ 母子の体調管理 ☐ 生活面の指導 ☐ 乳房ケア ☐ 授乳相談 ☐ 沐浴等育児指導 ☐ 児の発育等相談 ☐ その他 ()										
保健師への相談希望*		* 産後ケアを利用するまでに、母子の体調や育児のことで相談がある場合は () 内に記載 ☐ 無 ☐ 有 ()										
世帯の区分		☐ 【区分A】市府民税課税世帯 ☐ 【区分B】市府民税非課税世帯・生活保護世帯※証明書の提出が必要な場合があります										
利用料の減免に係る添付書類 ※利用料支払い後の減免はできません			☐ 生活保護受給証明書 ☐ 市府民税非課税証明書 (世帯全員が非課税であることが確認できるものがが必要です)									
①大阪市内産後ケア事業利用申請書及びサービス利用に必要な情報を事業者へ情報提供することに同意します。また、利用者の健康状態について、事業者から保健福祉センターに情報提供することに同意します。 ②利用料に係る世帯区分を確認するために、保健福祉センターが審査に必要な範囲で住民基本台帳及び課税台帳等関係公簿を閲覧することに同意します。 ③記載いただいた内容等について、保健福祉センターより保健師等が確認の電話等をさせていただく場合があります。												
年 月 日				申請者氏名								

【事務処理欄】