

新宿区産後ケア事業利用登録申請書

年 月 日

新宿区長 あて

私は、新宿区産後ケア事業の利用登録を申請します。

| | | | | | |
|--|---|------|------------|------|----------------------|
| (ふりがな) 氏名 | | 生年月日 | 年 月 日 (歳) | | |
| 電話番号 | ※昼間連絡が取れる電話番号をご記入ください。 | | | | |
| 住所 | 〒 - 新宿区 | | | | |
| 出産（予定）日 | 年 月 日 | | | | |
| 出産（予定） 医療機関 | (名称) | | (住所) | | |
| 家族 ※同一世帯外に生計を一にする家族がいる場合は、その方を含めて記入してください | 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 健康状態 | 事業を利用する乳児に○を記載してください |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 以下、該当部分の□にチェックを入れてください | | | | | 区 記入欄 |
| 申請理由 | 【複数可】 <input type="checkbox"/> 休養したいため <input type="checkbox"/> 出産後、家事・育児などを手伝ってくれる人がいないため パートナー 理由：不在・仕事多忙・病気・その他（ ） 妊産婦実家 理由：遠方（場所 ）・高齢・病気・疎遠 パートナー実家 理由：遠方（場所 ）・高齢・病気・疎遠 <input type="checkbox"/> 出産後の育児について、不安があるため 具体的な内容：育児手技・授乳手技・多胎・その他（ ） <input type="checkbox"/> 出産後の体調に不安があるため 具体的な内容（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ） | | | | |
| 産後のサポート体制として予定していること | 【複数可】 <input type="checkbox"/> パートナーが育児休業取得（時期 ） <input type="checkbox"/> 実家へ里帰り（時期 ） <input type="checkbox"/> 実家から来てくれる（時期 ） <input type="checkbox"/> 産後支援（ヘルパー派遣） <input type="checkbox"/> 民間の産後支援 <input type="checkbox"/> 民間のヘルパー・ドゥーラ | | | | |
| 産後ケア事業を利用する場合、どのようなサービスを受けたいですか | 【複数可】 <input type="checkbox"/> 授乳指導・調乳指導 <input type="checkbox"/> 休息 <input type="checkbox"/> 母体のケア <input type="checkbox"/> 育児相談 <input type="checkbox"/> 沐浴指導 <input type="checkbox"/> 心理的ケア | | | | |

同意書

1. 区と委託契約を締結する医療機関等（以下「受託事業者」という。）に対して個人情報が必要な範囲で提供すること。
2. 受託事業者が区に対して本事業の利用状況を報告すること。
3. 利用日の調整は、申請者と受託事業者が直接行うこと。また、調整によっては希望に添えない場合もあること。
4. 自己負担額は受託事業者に対して支払うこと。
5. 利用開始日の前日午前10時までに連絡がなく本事業を利用しなかったときには、産後ケア事業を利用したものとみなし、乳児一人に対して利用することができる期間を減ずること。
6. 母子保健サービスの提供のために本事業の利用時の状況について区関係部署に情報提供すること。
7. 入院加療が必要になった場合、及び感染症の疑いがある場合は本事業を利用できないこと。
8. 申請内容に偽りがあった場合は本事業を利用できないこと。

上記に同意のうえ、申請します。

氏名

(申請者自署又は記名押印)

自己負担額
軽減要件

以下に該当する方は、チェックをお願いいたします。

生活保護世帯 住民税非課税世帯

自己負担額の決定のため、住民税の確認が必要な場合は、区が所得状況、生活保護受給情報、中国残留邦人等支援法の支援給付受給情報及び住民基本台帳による世帯状況を必要な範囲で調査することに同意します。

氏名

(申請者自署又は記名押印)

※転入者等で非課税を証明するものの提示がない場合は、住民税均等割・所得割とも課税世帯とみなします。

区処理欄 (以下は記入しないでください)

| 自己負担区分 | □区分1 | □区分2 | □区分3 | 保健センター受付印 | |
|--------|------------------|--|------|-----------|-----|
| | 確 認 方 法 | <input type="checkbox"/> 端末による確認 <input type="checkbox"/> 市区町村民税（非）課税証明書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯/ 中国残留邦人等支援給付受給世帯の証明書 | | | □窓口 |
| 面接者 | | 地区担当 保健師 | | | |
| 母子 | | 保健師 | | | |