

登録番号

— —

調布市長 宛

年 月 日

## 調布市産後ケア事業利用申請書

調布市産後ケア事業を利用したいので、下記のとおり当該事業の利用を申請します。

窓口受付

申請者  利用者本人  
 本人以外 (氏名) (利用者との続柄)

(ふりがな) 利用者氏名		生年月日	S · H	年	月	日	( 歳 )
住所	東京都調布市						
電話番号							
妊婦	出産予定日： 令和 年 月 日 ( 第 子 )						
産婦	(ふりがな) 対象児氏名						( 第 子 )
	生年月日	令和	年	月	日	( 生後 か月 )	
出産(予定)病院							
緊急連絡先 (本人以外)	氏名						
	電話番号						(利用者との続柄)
世帯区分	<input type="checkbox"/> 住民税課税世帯		<input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯				
	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯		<input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援給付世帯				

同意事項 (項目にチェックを入れる)

- この事業を利用するため、調布市から事業提供する施設に必要な範囲で必要な情報を提供すること  
 事業を提供する施設から調布市に利用状況を報告すること  
 公募により利用者の属する世帯の構成員の入眠税の状況及び世帯状況を調査すること

※署名欄が不足する場合は欄外に書き足してください

署名 (利用者) \_\_\_\_\_

署名 (世帯構成員) \_\_\_\_\_

署名 (世帯構成員) \_\_\_\_\_

1.お母様の体調について

(1) 過去または現在に継続しての服薬や通院はありますか。

いいえ

はい

【病名：糖尿病・高血圧・貧血・腎疾患・精神疾患・その他（ ）】

(2) アレルギーはありますか。

いいえ

はい

【 卵・牛乳・そば・小麦・落花生・その他（ ）】

2.お子様の体調について

(1) 過去または現在に継続しての服薬や通院はありますか。

いいえ

はい

【内容：

】

※当事業では、医療行為の提供はできません。

3.サポート状況について

(1)産後のサポートについて（予定）

サポートなし  サポートあり 【パートナー・母方祖父母・父方祖父母・その他（ ）】

(2) パートナーの育休予定

未定

いいえ

はい どのくらいの期間の予定ですか（ ）

3.産後ケアの申請のきっかけを教えてください

ゆりかご面接

赤ちゃん訪問

病院・助産院より紹介

パパママ教室

保健師より紹介

前回利用したため

友人

市のホームページやチラシ

その他（ ）

4.関心のある産後ケアについて教えてください

わからない

ショートステイ

ディサービス

アウトリーチ

5.利用したい内容を教えてください

母乳.授乳相談

未定

育児相談

その他（ ）

母の休息

(健康推進課 処理欄)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(受付者： )