

神戸市産後ケア事業（宿泊・通所） 利用申請書兼情報提供同意書

区保健福祉部長

北神区役所保健福祉担当部長あて

次のとおり神戸市産後ケア事業（宿泊・通所）の利用を申請します。

利用希望者 (母親)	氏名	生年月日	昭和 平成 年 月 日 ( 歳)			
	住所	神戸市 区		電話	-	-
		(緊急連絡先氏名	申請者との関係	電話	-	-
	出産医療機関名					
	出産日	令和 年 月 日				
	児の氏名	(第 子)	在胎週数	週 日	出生体重	g
	児の氏名	(第 子)	在胎週数	週 日	出生体重	g
	児の氏名	(第 子)	在胎週数	週 日	出生体重	g
※多胎児の場合その人数： ( ) 人						
世帯構成	氏名	続柄	生年月日	職業		
		申請者				
利用希望：裏面「利用希望内容」に記載してください。 ※宿泊7日間・通所7日間が利用上限です。						
世帯の区分	①生活保護世帯 ②市民税非課税世帯 ③その他					
添付書類	※世帯区分が②の場合のみ <input type="checkbox"/> 市民税非課税証明書（世帯全員分）					
同意欄	下記の内容について同意します。 ①本申請に関する内容及び必要時新生児訪問指導等の神戸市における実施状況を、事業者に提供すること ②本事業で知り得た利用者の健康状態等について事業者から神戸市に情報提供すること ③本申請にあたり、神戸市が申請者の住民登録について確認すること					
	署名（利用希望者自署） ----- (該当する場合) 生活保護適用(世帯全員)の有無について照会することに同意します。 また、本申請にあたり、生活保護の照会について、世帯全員から同意を得ています。 署名（利用希望者自署） -----					

申請者氏名	
-------	--

(様式1号-2)

	宿泊サービス		通所サービス	
	希望日	希望事業者	希望日	希望事業者
1	令和 年 月 日 ( )		令和 年 月 日 ( )	
2	令和 年 月 日 ( )		令和 年 月 日 ( )	
3	令和 年 月 日 ( )		令和 年 月 日 ( )	
4	令和 年 月 日 ( )		令和 年 月 日 ( )	
5	令和 年 月 日 ( )		令和 年 月 日 ( )	
6	令和 年 月 日 ( )		令和 年 月 日 ( )	
7	令和 年 月 日 ( )		令和 年 月 日 ( )	

<利用希望内容>

・特に希望したい内容 (○をつけてください 複数回答可)

	①からだのここの相談	・その他、相談したい内容や希望等があればご記入ください。
	②母乳のことや授乳方法の相談 現在の授乳方法 ( 母乳 ・ 混合栄養 ・ ミルク)	
	③沐浴等の育児の仕方	
	④赤ちゃんのお世話の仕方、 赤ちゃんの成長についての相談	

・離乳食の状況 (離乳食を開始している場合のみ記載してください)

1日の回数	1回 ・ 2回 ・ 3回	アレルギーの有無	あり ・ なし
使用している食材 (主なもの)	アレルギーが「あり」の場合その食材 ( )		

以下、神戸市記入欄