

豊田市産後ケア事業利用申請書

豊田市長様

豊田市産後ケア事業の利用について、次のとおり申請します。つきましては、以下の情報を関係機関へ提供することに同意します。

1 申請者情報を記入してください。

フリガナ		生年月日	年 月 日
利用者氏名			
住所 連絡先	〒 豊田市 連絡先 (-)		
フリガナ	性別	出生時の 体 重	g 第 子
子の氏名			
出産（予定） 施設名		出産（予定）日	年 月 日

2 該当する項目にレ点をいれてください。

(1) 申請区分	<input type="checkbox"/> 区分Ⅰ	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯
	<input type="checkbox"/> 区分Ⅱ	一般世帯（区分Ⅰに該当しない世帯）
(2) 利用料の減免	<input type="checkbox"/> 利用する（区分Ⅱは利用上限5回）	
	<input type="checkbox"/> 利用しない	

<同意欄は世帯区分Ⅰの方のみ記入してください>

市民税情報等の取得に係る同意について

市が豊田市産後ケア事業の利用申請に係る事務手続を処理するために限って、世帯の次の情報について取得することに同意します。

- 1 生活保護費受給情報
- 2 市町村民税課税情報

年 月 日

氏名

(自署)

【注意】

- 1 利用予定日の**2か月前から申請可能**です。利用日が未定の場合は、利用日が決まり次第、後日連絡をしてください。申請から2か月以上過ぎても連絡がない場合は申請取り下げとみなします。
- 2 この申請書を提出するときは、母子健康手帳を持参してください。（郵送申請の場合：母子健康手帳の「出産の状態」ページのコピーを同封／電子申請の場合：母子健康手帳の「出産の状態」ページの写真を添付してください）
- 3 2回目以降の利用については、電話連絡で受付しますので、申請は不要です。
ただし、申請時の心身状況から変化があった場合は、ご連絡ください。
- 4 申請区分Ⅱは減免利用が5回までを限度とし、6回以降の利用は減免できません。
- 5 関係機関とは、実施機関及び団体又は愛知県豊田加茂福祉相談センターです。

(1) 利用希望調査 希望されるサービス内容についてご記入ください

利用サービス	宿泊 ・ 通所 ・ 訪問 (授乳 ・ 栄養)
利用希望日	
利用希望施設	
申請理由	※希望する支援内容、現在困っていることや不安に思っていること等をご記入ください

(宿泊・通所の場合)

- (本人の) 食べ物のアレルギー・・・なし あり ()

(訪問型の場合)

- スタッフの駐車場の有無・・・なし あり ()

(2) 事前アンケート 当てはまるものに☑をつけてください

①今までにかかった病気や治療中の病気はありますか

- なし
- あり (病名：)
 - 現在治療中
 - 治療終了

②利用したいと思ったきっかけについて、お答えください (複数回答可)

- 育児不安がある (やり方がわからない、自信がない、泣けてくる等)
- 体調不良がある (痛みがある、体を動かすのが大変、眠れない等)
- 育児支援者がいない (両親が遠方、里帰りしない等)
- その他 ()