

記入例

豊田市産後ケア事業利用申請書（**宿泊型**）通所型・訪問型）

豊田市長様

豊田市産後ケア事業を利用したいので、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するとともに、豊田市産後ケア事業の利用に係る審査に必要な所得等の公簿の閲覧について、豊田市長へ委任します。

| | | | | | |
|--|---|-----|--------------------------------------|---|-------|
| フリガナ | トヨタ ハナコ | | | 生年月日平成〇年〇月〇日 | |
| 利用者兼申請者 (妊産婦)氏名 | 豊田 花子 ※必ず直筆で記名 (自署) | | | 28 歳 | |
| 住所 | 〒471-8501 豊田市 西町3-60 電話 070-0000-1111 (母子健康手帳番号 209999) | | | | |
| フリガナ | トヨタ タロウ | 性別 | | | |
| 子の氏名 | 豊田 太郎 | 男 | 出生時の 体重 | 3000 g | 第 1 子 |
| 出産(予定) 施設名 | 〇〇産婦人科 | | 利用希望施設名 <small>※宿泊・通所のみ記載</small> | △△助産院 | |
| 出産(予定)日 | 令和 × 年 × 月 × 日 | | きょうだい 児の利用 | 宿泊型及び通所型のみ回答してください なし ・あり <small>※ありの場合：アレルギーの有無()</small> | |
| 希望サービス 及び希望利用日 ※ご希望の該当箇 所に○をつけてく ださい。 | ○ 宿泊型 令和3年7月12日 ~ 7月15日 (3泊4日) | | | | |
| | 通所型 令和 年 月 日 ~ 月 日 (日) | | | | |
| | 訪問型：授乳相談・栄養相談 令和 年 月 日 午前・午後 時頃 駐車場： あり・なし ※なしの場合近くに駐車可能な施設があるか確認します。 | | | | |
| 申請理由 | (具体的に記載してください) 実家が県外なので身近に育児について相談できる人がいなく、初めての育児で不安が多い。また、夜間授乳もあり睡眠不足なのでゆっくり休みたい。 | | | | |
| <配偶者同意欄> 豊田市産後ケア事業の利用に係る審査に必要な所得等の公簿の閲覧について、豊田市長へ委任します。 ※豊田市で所得情報が確認できない場合は、前住所の課税証明書を提出してください。 (夫)氏名 豊田 一郎 (自署) ※必ず直筆で記名 | | | | | |
| 申請受付年月日 | 令和 年 月 日 | 決定日 | 令和 年 月 日 | | |
| 実施施設名 | | | | | |

【注意】

- 太枠の中のみ記入（選択項目は○をつけて）ください。利用者兼申請者は妊産婦です。
- 利用予定日の2か月前から申請可とします。また利用日が未定の場合は、必ず利用の有無について後日連絡をしてください。利用希望日を過ぎても連絡がない場合は申請取り下げとみなします。
- 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。
- この申請書に、豊田市産後ケア事業アンケート兼相談票を添付してください。
- 関係機関とは、実施機関、豊田市地域保健課又は愛知県豊田加茂福祉相談センターです。

NO

豊田市産後ケア事業 アンケート兼相談票

※事業の申請にあたり、以下のアンケートの記入をお願いします。

このアンケート兼相談票は、豊田市産後ケア事業を提供する実施機関に情報提供します。

●出産した時、どんなお気持ちでしたか。当てはまるものに☑をつけてください。

- うれしかった
- 戸惑った
- 困った
- なんとも思わない
- その他()

●今までにかかった病気や治療中の病気はありますか。当てはまるものに☑をつけてください。

- なし
- あり ⇒「あり」の場合のみお答えください。
 - ・病名：心臓病・高血圧・慢性腎炎・糖尿病・肝炎・
こころの病気(うつ病など) その他 ()
 - ・それはいつ頃ですか： (22 歳頃)・現在治療中
 - ・医療機関名 ()

※アレルギーの有無 : なし あり (アレルギーの内容)

●十分な支援が受けられない状況で当てはまるものに☑をつけてください。(複数回答可)

- 状況：家族の介護・養育 家族が治療中 実家が遠方で移動困難
- 支援できる家族がない 家族の就労(続柄 実父、実母)
- その他(具体的な状況を記載：)

●以下①～⑨の項目で当てはまるものに○をつけてください。(複数回答可)

| | |
|-------------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | ① 身体に痛みがあり、体を動かすのが大変である。 |
| <input type="checkbox"/> | ② 泣けてきてしまう。 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | ③ 疲れていて眠れるはずなのに、眠れない。 |
| <input type="checkbox"/> | ④ 赤ちゃんに対してイライラすることがある。 |
| <input type="checkbox"/> | ⑤ 育児をしたいのに、やり方がわからずできない。 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | ⑥ 育児方法はわかっているのに、どうしたらいいかわからない。 |
| <input type="checkbox"/> | ⑦ 育児がうまくいかず、自分を責めてしまう。 |
| <input type="checkbox"/> | ⑧ 赤ちゃんのことがかわいく思えない。 |
| <input checked="" type="checkbox"/> | ⑨ その他 (授乳による睡眠不足) |

●現在、困っているや不安に思っていることをご記入ください。

母乳育児だが体重が増えているか心配。
初めての育児で分からないことが多く助産師に相談したい。

※申請書及びこのアンケート用紙に未記入や不明な点がある場合、豊田市から確認のため連絡させていただきます。