

(様式1号ー1)

尼崎市産後ケア事業 利用申請書兼情報提供同意書

尼崎市長 様

年 月 日

次のとおり尼崎市産後ケア事業の利用を申請します。〔 ☐ 新規 ☐ 追加 〕

利用希望者（母親・乳児等）	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）		
	住所	〒			電話	
		※里帰り先住所： （緊急連絡先氏名			申請者との関係 電話	
	出産医療機関		出産日	☐ 帝王切開 年 月 日（在胎 週）		
	ふりがな 児氏名	(第 子)		性別	男・女	出生体重 g
	多胎の場合 ふりがな 児氏名	(第 子)		性別	男・女	出生体重 g
世帯構成	兄弟利用の場合 ふりがな 児氏名	(第 子)		性別	男・女	生年月日 年 月 日 (歳)
	世帯の区分	氏名	利用者(養育者)との続柄	生年月日	年齢	職業
				年 月 日		
				年 月 日		
				年 月 日		
※上記以外の同居家族						
世帯の区分 該当する世帯区分のいずれかに☑をつけてください。※証明書の提出が必要な場合があります。 ☐ 市民税課税世帯 ☐ 市民税非課税世帯 ☐ 生活保護世帯						

(※1)ご希望に添えない場合もありますので、予めご了承ください。

利用希望サービス	種別	申請内容	利用希望日(※1)	希望事業所名(※1)
	☐ 宿泊型	☐ 実施機関の予約依頼・申請	月 日 ～ 月 日 (泊 日)	第1希望 第2希望
		☐ 利用回数のみ申請	希望日数 日	※利用券受理后、自ら予約をします。
	☐ 通所型	☐ 実施機関の予約依頼・申請	月 日 (時間) 月 日 (時間)	第1希望 第2希望
		☐ 利用回数のみ申請	希望回数 回	※利用券受理后、自ら予約をします。
	☐ 訪問型	☐ 実施機関の予約依頼・申請	月 日 (時間) 月 日 (時間)	第1希望 第2希望
☐ 利用回数のみ申請		希望回数 回	※利用券受理后、自ら予約をします。	
申請理由・利用目的		☐ 母の体調管理 ☐ 栄養相談 ☐ 心の休息 ☐ 身体の休息 ☐ 乳房ケア ☐ 授乳相談 ☐ 発達発育チェック・相談 ☐ 離乳食相談 ☐ 育児相談 ☐ 沐浴指導 ☐ その他 ()		
同意書		① 本申請に関する内容を尼崎市産後ケア事業実施事業者に提供すること及び利用者の健康状態等について事業者から尼崎市に情報提供することに同意します。 ② 申請にあたり、住民基本台帳による世帯状況、世帯全員の市民税課税状況を調査することに同意します。 利用者氏名 _____		
留意事項		・利用回数(回数)のみ申請の場合は、利用券受理后、自ら予約を取る必要があります。 ・尼崎市に実施機関への予約も含め依頼し申請する場合は、早めの申請をお願いします。		

【裏面の利用アンケートも記入ください】

尼崎市産後ケア事業利用【事前】アンケート

産後ケア事業を利用するにあたっての参考にさせていただきます。下記についてお答えください。

【ご自身について】

(1) 体調不良や不安はありますか □ いいえ □ はい → (	
(2) 過去に大きな病気をされたこと(または、治療中の病気)はありますか □ いいえ □ はい → (いつ頃: 病名:	)
(3) こころの不調で、カウンセリングや心療内科、精神クリニック等に相談したことがありますか □ いいえ □ 過去に相談したことがある □ 現在、相談している → (いつ頃から:) → (いつ頃:) (医療機関名:)	)
(4) 妊娠時の感染症の検査で陽性だったものはありますか □ いいえ □ はい (具体的に:	)
(5) 食物等のアレルギーはありますか (具体的に:	)
(6) 里帰りをしていますか (帰り先: □ 実家 □ 義実家 □ いいえ □ はい → (里帰り予定期間: 月 日 ~ 月 日	)
(7) 家事: 育児など周囲の援助はありますか □ いいえ □ どちらともいえない □ ある (主な援助者:	)
(8) ご自身のことで、相談したいことはありますか □ いいえ □ はい → (	)

【お子さんについて】

多胎児の場合は、それぞれで記入ください

	児氏名:	児氏名:
(1) 出生時の異常の有無	□ なし □ あり ↓ (	□ なし □ あり ↓ (
(2) お子さんの体調やお子さんのケアで配慮が必要なことはありますか	□ いいえ □ はい ↓ (	□ いいえ □ はい ↓ (
(3) 授乳・離乳食の状況	☐ 母乳 時間毎 回 / 日 ☐ ミルク ml / 回、回 / 日 ☐ 離乳食 回 / 日 形状(初期・中期・後期) (すでに食べている食材)	☐ 母乳 時間毎 回 / 日 ☐ ミルク ml / 回、回 / 日 ☐ 離乳食 回 / 日 形状(初期・中期・後期) (すでに食べている食材)
	食物アレルギーはありますか ☐ いいえ □ はい ↓ (具体的に	食物アレルギーはありますか ☐ いいえ □ はい ↓ (具体的に
(4) 排泄状況	便: 回 / 日 尿: 回 / 日	便: 回 / 日 尿: 回 / 日
(5) 育児について、不安に思っていることや困っていること相談したいことはありますか	☐ いいえ (具体的に ☐ はい → (	

ご協力ありがとうございます

＜市 記入欄＞

調査担当者	
利用承認	承認 ・ 不承認
サービス	宿泊型 ・ 通所型 ・ 訪問型
発行番号	