

広島市産後ケア事業（宿泊型・通所型）利用申請書兼情報提供同意書

令和 年 月 日

（宛先）広島市長

利用者の情報	フリガナ													生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 ・ <input type="checkbox"/> 平成						
	氏 名														年 月 日						
	住民票住所 ※マンション等の 名称も記入	〒 - 区 広島市 区																			
	連絡先 ※ハイフン（-）なし ※平日・日中につながら やすい番号を記入	電話番号①											緊急連絡先	氏名	続柄						
		電話番号②												携帯電話							
	出産（予定）日	令 和	年	月	日	出産（予定） 医療機関名															
	退院（予定）日	令 和	年	月	日	流産又は死産 となった日	令和	年	月	日											
	お子さん ※妊娠中の方は、妊娠週 数、母子健康手帳番号の み記入	フリガナ													出生体重	g					
		子の氏名													在胎週数 ※妊娠中の方は妊娠週数	週 日					
		退院（予定）日	<input type="checkbox"/> 母親と同じ <input type="checkbox"/> 母親と別日 →		令和	年	月	日	母子健康手帳 番号												
お子さん （双子の場合記入） ※みつご以上の場合は、 同居のご家族欄にご記入 ください。	フリガナ													出生体重	g						
	子の氏名													母子健康手帳 番号							
	退院（予定）日	<input type="checkbox"/> 母親と同じ <input type="checkbox"/> 母親と別日 →		令和	年	月	日														

同居の家族	同居家族の氏名 ※みつご以上の場合は、この欄に出生体重、退院日も記入		利用者（母親）との 続柄	年齢 （申請日現在）	同居家族の氏名 ※みつご以上の場合は、この欄に出生体重、退院日も記入		利用者（母親）との 続柄	年齢 （申請日現在）
				歳				歳
				歳				歳
				歳				歳
				歳				歳

世帯区分 該当するものに☑	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯
------------------	---------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

申請理由 該当するものに☑ （複数回答可）	<input type="checkbox"/> 産後のからだの回復、生活の注意点等について知りたいため。 <input type="checkbox"/> 乳房ケアや授乳について相談したいため。 <input type="checkbox"/> 育児（沐浴、抱っこ等）方法について知りたいため。 <input type="checkbox"/> 子どもの発育・発達について相談したいため。 <input type="checkbox"/> その他（ ）	<input type="checkbox"/> 体調がよくないため。 <input type="checkbox"/> 育児に不安があるため。 <input type="checkbox"/> 近くに相談する人がいないため。
-----------------------------	---	---

◆ 私は、次の事項に同意の上、広島市産後ケア事業（宿泊型・通所型）の利用を申請します。  
同意及び確認いただいた各事項について☑してください。

同意事項	<input type="checkbox"/> 事業を利用するにあたり、必要な個人情報及び利用状況等について、広島市及び委託事業者が、相互に情報提供すること。 <input type="checkbox"/> 利用決定に当たり、広島市が利用者が属する世帯の世帯員の住民票を住民基本台帳等で調査・確認すること。 <input type="checkbox"/> 自己負担額の決定に当たり、広島市が利用者及び利用者の配偶者の市民税等課税状況を市民税課税資料等で調査・確認すること。なお、確認ができない場合、関係書類を提出すること。 <input type="checkbox"/> 広島市が利用者が属する世帯の生活保護受給の有無を調査・確認すること。なお、確認ができない場合、関係書類を提出すること。
確認事項	<input type="checkbox"/> 上記同意事項の調査・確認内容について、利用者本人又は利用者の配偶者及び利用者が属する世帯員から承諾を得ていることに相違ありません。 <input type="checkbox"/> 産後ケア事業（宿泊型・通所型）の内容を確認し、事業の内容及び趣旨を理解しました。

申請者氏名

こども家庭センター 記入欄	
------------------	--