

登録番号

調布市長 宛

年 月 日

調布市産後ケア事業利用申請書

調布市産後ケア事業を利用したいので、下記のとおり当該事業の利用を申請します。

申請者  利用者本人

本人以外

(氏名)

(利用者との続柄)

(住所)

(電話番号)

(ふりがな) 利用者氏名		生年月日	昭和・平成	年	月	日
(ふりがな) 子どもの氏名		生年月日	令和	年	月	日( か月)
住所						
電話番号						
緊急連絡先	氏名	(利用者との続柄)				
	電話番号					
出産予定日(出産日)	令和 年 月 日					
出産(予定)病院						
世帯区分	<input type="checkbox"/> 住民税課税世帯	<input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯				
	<input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯	<input type="checkbox"/> 中国残留邦人等支援給付受給世帯				
申請理由 (該当項目にチェックを入れる)						
<input type="checkbox"/> 出産後に家族等から支援が受けられない。						
<input type="checkbox"/> 育児, 授乳に関して不安がある。						
<input type="checkbox"/> 現在母子ともに医療的な処置は必要ない。						
※すべて当てはまらなくても、申請可能です。						
同意事項 (項目にチェックを入れる)						
<input type="checkbox"/> この事業を利用するため、調布市から事業を提供する施設に必要な範囲で必要な情報を提供すること。						
<input type="checkbox"/> 事業を提供する施設から調布市に利用状況を報告すること。						
<input type="checkbox"/> 公簿により利用者の属する世帯の構成員の住民税の状況及び世帯状況を調査すること						
※署名欄が不足する場合は欄外に書き足してください。						
署名(利用者)						
署名(世帯構成員)						
署名(世帯構成員)						

(裏面へ)

現在の状況についてお伺いします。

1 お母さんの体調について

(1) 過去または現在に継続しての服薬や通院はありますか。

いいえ

はい

【病名： 糖尿病・高血圧・貧血・腎疾患・精神疾患・その他（ ）】

(2) 食物アレルギーはありますか

いいえ

はい

【卵・牛乳・そば・小麦・落花生・その他（ ）】

(3) その他のアレルギーはありますか

いいえ

はい（具体的に： ）

2 利用するお子さんの体調について

(1) お子さんのケアで配慮することはありますか

いいえ

はい（具体的に： ）

※ 処理欄

受付印	【世帯区分】
	<input type="checkbox"/> 生活保護等の世帯
	<input type="checkbox"/> 非課税世帯
	<input type="checkbox"/> その他