

宇治市産後ケア事業利用申請書兼情報提供等同意書

第1号様式
(第8条関係)

宇治市長 宛

私は宇治市産後ケア事業の利用において、下記のとおり利用を申請します。

利用料に係る世帯区分を確認するために、宇治市が審査に必要な範囲で所得や課税状況について調査・閲覧することに同意するとともに、同意した調査で確認できない場合は、必要書類を提出します。

委託事業の実施にあたり、宇治市が委託事業者に対して必要な個人情報を提供すること及び委託事業者が宇治市に対して必要な個人情報を提供することについて同意します。

		申請日		R	年	月	日	
フリガナ 申請者(産婦) 氏名				S・H	年	月	日生(歳)	
フリガナ 乳児氏名	男・女 第 子			R	年	月	日生(ヵ月)	
	男・女 第 子							
利用希望 サービス名	☐ 宿泊型 年 月 日頃～()日間・未定 希望順: ()京都医療センター※3か月未満 ()都倉病院※4か月未満 ()中部産婦人科※当院出産で新生児期まで ()吉川助産院 ()その他の施設等							
	☐ 訪問型(助産師) 年 月頃・未定 ()助産師希望 ※希望する助産師がいる場合のみ記入							
	☐ 日帰り型(旅館・最大4組)・ ☐ 日帰り型(助産院1組) 年 月頃・未定							
住所	〒 宇治市			電話番号()				
里帰り出産 連絡先	〒			電話番号()				
世帯状況および同意(※申請時点で同一世帯の方についてご記入願います。)								
下記世帯員は、利用料に係る世帯区分を確認するために、宇治市が審査に必要な範囲で所得や課税状況について調査・閲覧することに同意します。 ※全員の同意印(印鑑は同一のもので可)をお願いします。現住所が異なる場合は、一番下の備考欄にご記入ください。								
氏名	同意印	続柄	生年月日	職業	健康状態 (良・否)	病名	現住所	備考
	印						申請者と同じ ☐	
	印						申請者と同じ ☐	
	印						申請者と同じ ☐	
	印						申請者と同じ ☐	
以下質問すべてに記入してください(裏面もあります)								
妊婦 健康状態	・身長【 cm】・ 普段の体重【 kg】・ BMI【 】 ・次の病気にかかったことがありますか。【いいえ・はい(あるものに○印)】 高血圧、慢性腎炎、糖尿病、肝炎、心臓病、甲状腺の病気、精神疾患(心の病気) その他の病気(病名) ・服薬中の薬はありますか【いいえ・はい:内容 】 ・たばこを吸いますか【いいえ・はい】・同居者は同室でたばこを吸いますか【いいえ・はい】 ・酒類を飲みますか【いいえ・はい】 ・夫(パートナー)の健康状態【健康・よくない(病名:)】							
妊婦職業と 環境	・職業【なし・あり 内容: 】 ・産育休【 年 月 日から 年 月 日まで】 ・住居の種類【一戸建て(階建)、集合住宅(階建 階)エレベーター:有・無							
妊娠時の状況	・今回の妊娠は【初回・ 回目】 ・妊娠中、異常がありましたか。【いいえ・はい(あるものに○印)】 強いつわり、切迫流産、切迫早産、貧血、気分不調、体重増加、食欲不振、糖尿病、 妊娠高血圧症候群(高血圧、蛋白尿、浮腫)、感染症(風疹、インフルエンザ等)、その他()							
出産予定	・出産予定日【 / ☐ 帝王切開日】・分娩予定場所【 】 ・出産後自宅に帰ってからの育児について【できると思う・どちらかと言えばできると思う・ どちらかといえば出来ない・出来ない】							

裏面へ

宇治市産後ケア事業

[illegible]

↓ 以下は事業担当が記入

利用内容	宿泊型 ・ 日帰り型(集団・個別) ・ 訪問型(助産師)		地区担当保健師:	
利用区分	区分:	多胎加算 有 ・ 無		