様式第１号（第８条関係）

年　　月　　日

筑北村産後ケア事業利用申請書

（宛先）　筑北村長　様

申請者住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

　次のとおり産後ケア事業（宿泊型）を利用したいので申請します。

（太枠内を記入してください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 申請の種類 | 1.新規　　　2.延長（既利用日数　　　　日） | |
| 利用者 | 住所 |  |
| 氏名 |  |
| 子の氏名 | （第　　子） |
| 出産（予定）施設名 |  | |
| 出産（予定）年月日 | 年　　月　　日 | |
| 退院・退所（予定）  年月日 | 年　　月　　日 | |
| 利用（予定）期間 | 年　　　月　　　日から　　　日間 | |
| 延長（予定）期間 | 年　　　月　　　日から　　　日間 | |
| 産後ケア事業利用  医療機関等の名称･所在地 |  | |
| 利用を希望する理由（困っていることや心配なことなど具体的に記入してください。） | | |
| 医師又は助産師の意見  １　事業利用の要否　　　　（　要　・　不要　）  ２　事業が必要な理由（次のカッコ内の該当するものに○を付けてください。）  　筑北村産後ケア事業実施要綱第３条 （ア・イ・ウ・エ）に該当するため。    記入者（医師又は助産師）職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | |

（裏面あり）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家族状況 | 続柄 | 氏名 | 生年月日 | 年齢 | 職業 | 備考 |
| 本人 |  | 年　月　日 |  |  |  |
|  |  | 年　月　日 |  |  |  |
|  |  | 年　月　日 |  |  |  |
|  |  | 年　月　日 |  |  |  |
|  |  | 年　月　日 |  |  |  |
| 特記事項 | | | | | |
| 妊娠中の状況 | 妊娠中の経過　　良好・問題あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  つわり（軽度・普通・重度）　　妊娠高血圧症候群（有・無）　　貧血（有・無）  切迫流産・早産（有・無）　　その他特記事項（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 出産及び産後の状況 | 在胎　　　　　週　　 　日　児の体重　　　　　　　g・身長　　　　　　　cm  保育器収容（有　　　　日間・無）　　その他児の治療（有　　　　　　　　・無）  分娩所要時間　　　時間　　帝王切開（有・無）　　産後の母の貧血（有・無）  母乳分泌（良好・不良）　　児の栄養（母乳のみ・混合・ミルクのみ）  産後の母の心身の状況（良・不良　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |

※以下は筑北村記入欄です。

|  |  |
| --- | --- |
| 費用に乗じる割合 | 100分の80・100分の100 |