

熊本市産後ケア事業利用申請書

熊本市では、産後身体的・精神的に不調があったり、育児の状況に専門的な支援を必要とする方へ産後ケアを提供しており、下記の質問のいずれかに該当する方を対象としています。現在のご自身の状況について1から7の質問の「はい」または「いいえ」に○をつけてください。これをもとに、保健子ども課の保健師等が面接やお電話で状況をおうかがいします。

1	出産後の身体的な不調や回復の遅れがあり、休息をとりたい。または休息を産科医療機関や相談機関等ですすめられた。	はい	いいえ
2	出産後の自分の健康管理について継続的に保健指導や身体的ケアを受けたい。または受けることを産科医療機関や相談機関等ですすめられた。	はい	いいえ
3	児の哺乳がうまく出来ない、児の体重が増えない、乳房トラブルがある等、母乳育児に困難を感じている。	はい	いいえ
4	産婦健診で記入したエジンバラ産後うつ病質問票 (EPDS) の結果から、相談をすすめられた。	はい	いいえ
5	出産後精神的な不調があり、身近に相談できる人がいない。または今後の育児が不安である。	はい	いいえ
6	育児について、継続的に保健指導 (育児指導) を受けたい。または受けることをすすめられた。	はい	いいえ
7	身体的・心理的不調、育児不安以外に、困っていることや支援を希望することがある。 (具体的内容：)	はい	いいえ

年 月 日

熊本市長 (宛)

上記により、熊本市産後ケア事業の利用を申請します。

利用者	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		年齢	歳
	住所	熊本市 区	電話番号	
出産日	年 月 日			
緊急連絡先	氏名	(続柄：)	電話番号	
申請者	<input type="checkbox"/> 利用者と同じ (記入不要)		<input type="checkbox"/> 利用者と異なる (以下に記入)	
	フリガナ		利用者との続柄	
	氏名		電話番号	
	住所			

【同意書】

私は、産後ケア事業に係る次の事項について同意します。

- 利用料決定のため、市が必要な範囲で利用者及び同世帯の住民基本台帳及び課税台帳、生活保護受給状況等を確認すること。
※1に同意しないまたは転入等の理由により市が調査・確認できず、減額を希望する場合は、世帯員の課税状況を証するものを添付してください。自己負担額の減額を希望しない場合は、以下にチェックを入れてください。
 減額を希望しません
- 利用後に公費負担を除いた自己負担額を利用施設に直接支払うこと。
- 利用者の支援のため、必要に応じて市と実施施設が相互に利用者の情報共有をすること。

利用者署名 _____

保健子ども課記入欄 ここから下の欄には記入しないでください。

所得確認書類	<input type="checkbox"/> 市町村民税課税証明書 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税証明書 <input type="checkbox"/> 生活保護受給世帯の証明書		
受付年月日	受付番号	進達年月日	所管区役所
			中央・東・西・南・北