

宇治市産後ケア事業利用申請書兼情報提供等同意書

宇治市長 宛

第1号様式
(第8条関係)

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	令和	年	月	日			
フリガナ 申請者(産婦) 氏名			年	月	日生		歳		
フリガナ 乳児氏名	男・女 第 子		年	月	日生		ヶ月		
利用希望 サービス名	①宿泊型 ②日帰り型 ③訪問型	年	月	日	～	年	月	日()日間	
	①宿泊型 ②日帰り型 ③訪問型	年	月	日	～	年	月	日()日間	
	①宿泊型 ②日帰り型 ③訪問型	年	月	日	～	年	月	日()日間	
希望利用場所 (宿泊型のみ)	希望する順に()内に番号を記入								
	()曾我産婦人科 ()都倉病院 ()中部産婦人科医院 ()吉川助産院								
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も可)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	既往歴	健康状態	現住所		
	印						申請者と同じ	<input type="checkbox"/>	
	印						申請者と同じ	<input type="checkbox"/>	
	印						申請者と同じ	<input type="checkbox"/>	
	印						申請者と同じ	<input type="checkbox"/>	
	印						申請者と同じ	<input type="checkbox"/>	
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 その他()】								
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 妊娠高血圧症候群(高血圧、蛋白尿、浮腫)、糖尿病、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【 】 ・分娩予定場所【 】 ・育児に対する不安の程度【「かなり不安」・「少し不安」・「あまりなし」・「なし」】 ・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