

石巻市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

石巻市長 (あて)

石巻市産後ケア事業の利用をしたいので、石巻市産後ケア事業実施要綱第7条第1号の規定により、次のとおり申請します。

申請者 (利用者)	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名			(歳)	
	住所	石巻市		電話番号	
	出産日	年 月 日 ※出産予定日:		年 月 日	
	緊急連絡先	氏名: (続柄:)		電話番号:	
	既往歴、治療中の病気	<input type="checkbox"/> 高血圧症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 貧血 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 肝疾患 <input type="checkbox"/> 腎疾患 <input type="checkbox"/> 甲状腺疾患 <input type="checkbox"/> 婦人科疾患 <input type="checkbox"/> 精神、神経疾患 <input type="checkbox"/> アレルギー性疾患 <input type="checkbox"/> 感染性疾患 (B肝、C肝、HIV、その他) <input type="checkbox"/> その他 ()			

お子さんの状況	フリガナ		生年月日	年 月 日	
	氏名	(男 ・ 女)			
	【出生順位】 第 子	【出生体重】 g	【出生週数】 週 日	【出生医療機関】	
	<input type="checkbox"/> 単胎児 <input type="checkbox"/> 双胎児	【栄養方法】 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> ミルク	【治療中の病気】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
家族構成	夫・パートナー: 氏名 () 年齢 (歳) 子ども: (歳)、(歳)、(歳) その他: ()				
サポート	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり (誰ですか:)				

【個人情報について】 次の各項目に同意する場合は、チェック欄 (□) に『✓』を入れてください。

石巻市と委託事業者が、産後ケア事業及びその他母子保健事業の実施に当たり必要な個人情報を共有することに同意します。

石巻市が必要と判断した場合、医療機関等から体調などの情報について確認することに同意します。

市処理欄	<input type="checkbox"/> 申請者の住民票が石巻市にある。 <input type="checkbox"/> 申請者が産後5か月未満である (早産の場合は出産予定日から起算して5か月未満)。 <input type="checkbox"/> 母子ともに感染症が疑われる症状がなく、医療的介入の必要がない。 <input type="checkbox"/> 本人確認書類: マイナンバーカード・運転免許証・保険証・その他 ()
------	---