

横浜市産後母子ケア事業(訪問型母子ケア) 利用申請書

年 月 日

横浜市こども青少年局長

利用者	(ふりがな) 母親の氏名		電話	自宅	()
				携帯	()
	住所	(〒 -) 横浜市 区			

子の氏名等	(ふりがな)		妊娠期間	出生体重	出生年月日(月齢)
	子の氏名		週	g	年 月 日 (か月 日)
	母子手帳 番号		日		
	(ふりがな)		妊娠期間	出生体重	出生年月日(月齢)
	子の氏名		週	g	年 月 日 (か月 日)
	母子手帳 番号		日		
(ふりがな)		妊娠期間	出生体重	出生年月日(月齢)	
子の氏名		週	g	年 月 日 (か月 日)	
母子手帳 番号		日			

利用の要件	当申請に関し利用要件を満たしています。※すべての項目にチェックが必要です。チェックのない項目がある方はご利用できません。				
	<input type="checkbox"/> 1 利用日時時点で生後4か月未満の乳児の母であり、市内に住民登録があること。 <input type="checkbox"/> 2 産後に心身の不調又は育児不安等がある (例 産後の健康について心配がある 授乳育児に不安がある 子育てに関する相談がしたい など) <input type="checkbox"/> 3 家族等から十分な支援が受けられない (例 実家が遠方でサポートが受けられない など)				

本人同意欄	私は、当申請に関し下記の事項に同意します。※すべての項目にチェックが必要です。チェックのない項目がある方はご利用できません。				
	<input type="checkbox"/> このサービスを利用するために、私の情報をサービスを提供者等に必要な範囲で提供すること。				
	<input type="checkbox"/> サービス提供者から居住区の福祉保健センターに利用状況を報告すること。				
	<input type="checkbox"/> 利用時に利用者負担額をサービス提供者に現金で支払うこと。				
	<input type="checkbox"/> 医療行為は受けられないこと。				
	<input type="checkbox"/> 慢性疾患がない、もしくは慢性疾患があり医療機関に通院している場合は、主治医から本事業の利用を許可されていること。				
<input type="checkbox"/> 「横浜市産後母子ケア事業(訪問型母子ケア) 利用規定」の内容を把握していること。					