

〒

申請者住所

申請者氏名 (続柄: )

電話番号

**仙台市産後ケア事業申請書兼情報提供同意書**

下記のとおり、仙台市産後ケア事業の利用をしたいので申請します。

利用者	フリガナ			生年月日	年 月 日	( 歳)
	母の氏名					
	住 所	仙台市	区		職業	
	電話番号	(自宅)		(携帯)		
	緊急連絡先	氏名:		続柄 ( )	電話番号:	
(利 用 者 構 成 他)	氏名	フリガナ	続柄	生年月日	職業	備考
妊(産)婦の 身体的状況	妊娠中	異常なし	・	あり ( )		
	出産後	異常なし	・	あり ( )		
	出産(予定)日	年 月 日	出産(予定)医療機関			
	母子健康手帳番号					
申請理由  ①~③の全て に該当すれば 利用できます	①	<input type="checkbox"/> 出産後、疲労や育児不安等がある (例: 育児疲れがある・赤ちゃんの成長発達が順調か確認したい・その他育児不安がある)				
	②	<input type="checkbox"/> 家族等から家事・育児などの十分な協力が得られない (例: 実家が遠方・家族が仕事で忙しい・家族が高齢または病気・家族も育児に疲れている)				
	③	<input type="checkbox"/> 母子ともに入院治療が必要と判断されていない				
	特記事項 (上記補足等)					
	※母子のいずれかが感染症疾患(麻しん、風しん、インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症(*)等)に罹患している、またはその疑いがある方は利用できません。*新型コロナウイルス感染症については、ご家族に感染の疑いがある場合(濃厚接触者含む)場合も利用できません。					
世帯区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯					
同意欄	1. 仙台市が私及び生計を一にする世帯員の仙台市民税情報について調査・閲覧することに同意します。調査の結果確認ができなかった場合には、証明できる書類を提出いたします。 2. 保健福祉センターが委託事業者に、産後ケア事業の実施にあたり必要な個人情報を提供すること、及び事業者が保健福祉センターに利用状況等必要な個人情報を提供することに同意します。 3. 保健福祉センターが必要と判断した場合は、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。  同意欄 _____ 年 _____ 月 _____ 日 同意者氏名 _____ ㊞ (代筆者氏名 _____ (本人署名の場合㊞不要) (続柄 _____ ))					

㊞ 産後の体調や育児状況、産後の支援状況等を確認し審査をしたうえで利用する施設の調整を行うため、妊娠中の申請時点では利用施設を決定することはできません。