



申請日 令和 年 月 日

相模原市長 あて

住所 _____
申請者 氏名 _____
電話番号 () _____

※平日昼間に連絡のつく電話番号をご記入ください。

次のとおり相模原市産後ケア事業の利用を申請します。

利用者	妊婦健康診査受診番号	0	0							ふりがな 妊産婦氏名	
	住所	相模原市(緑・中央・南)区									
	妊産婦生年月日									電話番号	
	出産児生年月日									多胎(双子以上の場合)の有無	有 (人) ・ 無
緊急連絡先	ふりがな 氏名	利用者との関係() (電話番号)									
申請理由	¹ <input type="checkbox"/> 産後、家族などから家事、育児などの支援が受けられない。 ² <input type="checkbox"/> 心身の不調又は育児に対する不安がある。 ³ <input type="checkbox"/> 産婦健康診査の結果、医療機関より産後ケア事業の利用を勧められた。 ⁴ <input type="checkbox"/> その他()										
利用者の世帯区分	¹ <input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 ² <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯(主な生計者の市・県民税課税証明書(写)添付) ³ <input type="checkbox"/> 生活保護世帯(生活保護受給者証(写)添付)										

同意書

私は、次の事項に同意します。

氏名 _____ (申請者自署)

- 相模原市が産後ケア事業を利用するために必要な情報を実施施設に提供すること及び実施施設が利用者の健康状態について相模原市に情報を提供すること。
- 医療行為が必要になる、利用上限日数を超えるなど対象者要件に該当しない場合は、産後ケア事業を利用できないこと。
- 利用希望日に空きベッドがない等の場合、産後ケア事業を利用できないこと。
- 利用者負担金、または実施施設ごとに規定されるキャンセル料を実施施設に支払うこと。
- 母子保健サービス提供のために、利用時の状況に関する情報を相模原市が利用すること。

利用するサービスにレ点をつけ、利用日、実施施設については記載してください。(利用日は最大7日(多胎産婦は14日)です)

サービスの種類	利用日	施設区分	実施施設
¹ <input type="checkbox"/> 宿泊 ² <input type="checkbox"/> 通所2時間 ² <input type="checkbox"/> 通所3時間 ³ <input type="checkbox"/> 訪問	年 月 日	¹ <input type="checkbox"/> 医療機関 ² <input type="checkbox"/> 助産所	
¹ <input type="checkbox"/> 宿泊 ² <input type="checkbox"/> 通所2時間 ² <input type="checkbox"/> 通所3時間 ³ <input type="checkbox"/> 訪問	年 月 日	¹ <input type="checkbox"/> 医療機関 ² <input type="checkbox"/> 助産所	
¹ <input type="checkbox"/> 宿泊 ² <input type="checkbox"/> 通所2時間 ² <input type="checkbox"/> 通所3時間 ³ <input type="checkbox"/> 訪問	年 月 日	¹ <input type="checkbox"/> 医療機関 ² <input type="checkbox"/> 助産所	
¹ <input type="checkbox"/> 宿泊 ² <input type="checkbox"/> 通所2時間 ² <input type="checkbox"/> 通所3時間 ³ <input type="checkbox"/> 訪問	年 月 日	¹ <input type="checkbox"/> 医療機関 ² <input type="checkbox"/> 助産所	
¹ <input type="checkbox"/> 宿泊 ² <input type="checkbox"/> 通所2時間 ² <input type="checkbox"/> 通所3時間 ³ <input type="checkbox"/> 訪問	年 月 日	¹ <input type="checkbox"/> 医療機関 ² <input type="checkbox"/> 助産所	
¹ <input type="checkbox"/> 宿泊 ² <input type="checkbox"/> 通所2時間 ² <input type="checkbox"/> 通所3時間 ³ <input type="checkbox"/> 訪問	年 月 日	¹ <input type="checkbox"/> 医療機関 ² <input type="checkbox"/> 助産所	

※利用日が7日を超える場合は、2枚目にご記入ください。