富山市産後ケア応援室　事前登録申請書・同意書

（宛先）富山市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　　年　　　　月　　　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用者 | ふりがな | |  | | | 生年月日 | | 昭和  平成 | | 年　　　月　　　日(　　歳) | |
| 氏　　名 | |  | | |
| 現住所 | | （〒　　　　　　－　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 里帰り先  の住所  ※**県外・市外**  **から富山市に里帰り出産される方のみ** | | **□本人実家　□夫実家**（どちらかに☑をつけてください。）  （〒　　　　　　－　　　　　　　）  富山市  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　（　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 連絡先  (携帯番号) | |  | | | アレルギー | | なし　・あり（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 今までにかかった  疾患・  治療中の疾患 | | | なし　・　あり | □内科系疾患  □婦人科系疾患  □精神科系疾患  □その他 | | ※保健師との面談時、状況を確認させていただきます。  ※現在、内服中の薬があれば下記に記載してください。 | | | | |
| 内服薬 | |  | | |
| 緊急連絡先 | | 氏　名 | |  |  | | 利用者との関係 | | | |  |
| 住　所 | |  |  | | 連絡先 | |  | | |
| お母さんの身体や、  育児で心配なこと | | | |  | | | | | | | |

※夫が緊急連絡先となっていて、夫の出張等で不在時に利用する場合は、別の緊急連絡先を確認させていただきます。

＜ご出産予定の方＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 出産予定場所  （名称） |  | 出　産  予定日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日　出産予定 |

＜お子さんがお生まれになっている方＞

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 子 | ふりがな |  | | 生年月日 | 令和　　　　年　　　　月　　　　日（　　か月） |
| 氏　　名 |  | 男　・　女  第　　　子 |
| 出産の  場所  （名称） |  | | 妊娠期間 | 週　　　　　　　　　日 |
| 出生体重 | ｇ |

（裏面へ）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事務処理欄  まちなか総合ケアセンター | 入力 | 世帯区分 | 区分 | 収受印 |
|  | 課税  ひとり親  非課税  生保 | □富山市　　　　□滑川市  □舟橋村　　　　□上市町  □立山町　　　　□里帰り |

|  |
| --- |
| 同意書 |
| １．利用対象であることを確認するために、住民基本台帳等を閲覧すること。  また、利用料金に係る世帯区分の確認のため、必要に応じ、課税台帳等関係公簿を閲覧すること。  ２．ご利用に際し、お母さんの心身の状態等により、住所地の保健福祉担当部署や医療機関から情報提供を得ること。  ３．産後ケア応援室退所後、継続支援が必要な場合、住所地の保健福祉担当部署等に連絡すること。  ４．富山市産後ケア応援室の利用について、次のことを遵守すること。  （１）部屋の備品や設備を故意に破損、損失した場合、全額弁償します。  （２）現金や貴重品は、自己の責任で管理します。  （３）他の利用者への迷惑行為はしません。  （４）面会者が来所する場合は、事前に職員へ申し出ます。  富山市産後ケア応援室を利用するにあたり、以上の項目に同意します。  令和　　　　年　　　　月　　　　日  利用者氏名（自署） |
|  |
| 県外・市外（滑川市、舟橋村、上市町、立山町を除く）から富山市に里帰り出産される方 |
| 富山市では、他市にお住まいの方の氏名、生年月日、住所等を確認できませんので、  里帰り先のご両親による署名（自署）をお願いいたします。  この申請書に記載の内容について、間違いありません。  令和　　　　年　　　　月　　　　日  住　　　所  氏　　　名  利用者との関係  連　絡　先 |