

連携市町村の方・市外（連携市町村以外）からの里帰りの方

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	年 月 日(歳)	
	氏名			平成		
	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	<input type="checkbox"/> 本人実家 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
	今までにかかった疾患・治療中の疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> 内科系疾患 <input type="checkbox"/> 婦人科系疾患 <input type="checkbox"/> 精神科系疾患 <input type="checkbox"/> 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。		
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						

※ご利用時に、緊急連絡先となっている方が出張等で不在の場合は、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	
	氏名	男・女 第 子		(か月)	
	出産の場所 (名称)		妊娠期間	週 日	出生体重

(裏面へ)

まちなか総合ケアセンター 事務処理欄	入力	区分	收受印
		<input type="checkbox"/> 滑川市 <input type="checkbox"/> 舟橋村 <input type="checkbox"/> 上市町 <input type="checkbox"/> 立山町 <input type="checkbox"/> 里帰り	

同意書

富山市産後ケア応援室を利用するにあたり、次の項目に同意します。

1. 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。
2. 富山市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。
3. 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。

令和 年 月 日

利用者氏名（自署）

里帰り先のご両親はご確認のうえご記入ください。

富山市産後ケア応援室の利用対象者は、出産に伴い富山市内の実家に里帰りしている産後4か月までの母とその子です。（利用者が富山市内に住所を有さない場合）

富山市産後ケア応援室を利用するにあたり、次の項目に同意します。

1. ご署名された方の住民基本台帳等を閲覧すること。

令和 年 月 日

住 所

氏 名（自署）

利用者との関係

連 絡 先