

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	☐ 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。				
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	g

(裏面へ)

まちなか総合ケアセンター 事務処理欄	入力	区分	収受印
		☐ 滑川市 ☐ 舟橋村 ☐ 上市町 ☐ 立山町 ☐ 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。
(申請内容に虚偽があった場合は、当該事業を利用することはできません。)

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. 申込済の利用日をやむを得ず変更又はキャンセルする場合は、速やかに産後ケア応援室へ連絡すること。
4. 利用当日に感染症の疑いがある場合や医療行為が必要な母および乳児は利用できないこと。

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