

## 新潟市産後ケア利用申請書

年 月 日

（宛先）新潟市長  
新潟市産後ケアの利用について、下記のとおり申請します。

申請者 （利用者）	ふりがな		生年月日	年 月 日（ 歳）	
	氏名				
	申請の種類	新規 ・ 延長	母子健康手帳交付番号		
	住所	（〒 - ）新潟市 区			
	日中の連絡先	後日区役所助産師などが電話しますので、連絡可能な番号をご記入ください			
	（ふりがな）子の氏名		性別	生年月日	出生体重
		男・女	年 月 日	g	
出産（予定）日	年 月 日	退院（予定）日	年 月 日		
出産（予定）医療機関					
利用種別	宿泊ケア ・ デイケア ・ 訪問ケア				
利用希望日	宿泊ケア 年 月 日 ～ 年 月 日（ 日間） デイケア（ 日） 訪問ケア（ 回）				
産後ケア実施委託医療機関等					
申請理由	①家族等から十分な家事、育児の援助が受けられない ※必須項目 具体的な状況 <input type="checkbox"/> 家族が遠方である <input type="checkbox"/> 家族が仕事などで忙しく援助が難しい <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	②申請者の状況についてご記入ください。 <input type="checkbox"/> 産後に心身の不調がある。 具体的な状況 ( ) <input type="checkbox"/> 育児不安がある。 具体的な状況 ( ) <input type="checkbox"/> その他（具体的にご記入ください） ( )				
<b>&lt;同意書&gt; 私は新潟市産後ケア事業に関し下記の項目に同意します。</b>					
1 助成額決定のため、新潟市が申請者及び配偶者の住民基本台帳及び所得状況などを確認すること					
2 市が養育状況確認のために申請者に連絡をすること及び今後の保健福祉サービスにつなげるため、医療機関や市が情報を共有すること					
申請者（利用者）氏名 _____		配偶者（夫）氏名 _____			

※添付書類：他市から転入してきた方は、課税証明書（児童手当用）が必要になることがあります。詳しくは「新潟市産後ケア事業のご案内」の利用料金をご覧ください。

## 【医療機関又は区役所記入欄】

委託医療機関等の確認欄（をしてください）対象要件として適当か確認済利用可能日：宿泊ケア 年 月 日 ～ 年 月 日

利用可能日数：デイケア（ 日） 利用可能回数：訪問ケア（ 回）

確認者氏名（医師や助産師等） \_\_\_\_\_