

伊丹市産後ケア事業利用申請書兼同意書

年 月 日

伊丹市長 あて

下記の通り、伊丹市産後ケア事業実施要綱の規定により利用を申請します。

申請者 (利用産婦)	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏名		(年齢)	(歳)
	住所	〒664ー 伊丹市		
	連絡先	自宅・携帯		
緊急連絡先	ふりがな		申請者と の続柄	
	氏名			
	住所	〒664ー 伊丹市		
	連絡先	自宅・携帯		
世帯構成	氏名	生年月日	続柄	職業
世帯区分	該当する世帯区分のいずれかに☑を付けてください。 ※証明書の提出が必要な場合があります。 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯(※) <input type="checkbox"/> 生活保護世帯(※) <input type="checkbox"/> その他世帯			
申請理由				
出産(予定)日	年 月 日			
出産(予定)施設名	名称	所在地		
希望するサービス(1つのみ)		希望する期間		
<input type="checkbox"/> 宿泊型 入院延長		<input type="checkbox"/> 市立伊丹病院 (泊 日)		
		<input type="checkbox"/> 近畿中央病院 (泊 日)		
<input type="checkbox"/> 宿泊型 再入院		<input type="checkbox"/> 市立伊丹病院 (泊 日)		
<input type="checkbox"/> 通所型		退院後 第1希望日 (月 日) 第2希望日 (月 日) 第3希望日 (月 日)		

申請と同時に市が保有する住民基本台帳情報について調査・照会させていただきます。

様式第1号

利用規約 同意欄	
1.	伊丹市産後ケア事業の利用にあたり、伊丹市が協力医療機関などに対して必要な個人情報を提供すること、及び協力医療機関等が伊丹市に対して必要な個人情報を提供すること。
2.	利用のキャンセル・中止を指定日までに行わなかった場合で、キャンセル料が発生する場合には自己負担となること。
3.	産後ケア利用時、体調不良や医療的な行為が母子(どちらか一方も含む)に必要な場合、利用施設での対応が困難であれば、別の医療機関へ受診勧奨を行う可能性場合があること。
4.	健康状態その他の事由により、希望どおりに受入れができない場合があります。
上記の4点について、同意いたします。	
年	月
日	申請者氏名

事務処理欄

申請受理年月日	年	月	日
利用承認・不承認 (決定年月日)	承	認	・ 不承認
	年	月	日