第１号様式（第６条関係）

年　　月　　日

品川区産後ケア（宿泊型）事業利用申込書

品川区長　あて

以下⑴～⑻について同意の上、申込みます。

⑴　本事業を委託する医療機関（以下「委託事業者」という。）に対して個人情報を必要な範囲で提供すること。

⑵　委託事業者が区に対して本事業の利用状況を報告すること。

⑶　自己負担額の決定のため、区が所得状況および住民基本台帳による世帯状況を必要な範囲で調査すること。

⑷　医療機関を退院する際に、自己負担額を委託事業者に対して支払うこと。

⑸　保健サービスの提供のために本事業の利用時の状況について区関係部署に情報提供すること。

⑹　医療行為が必要になった場合は本事業を利用できないこと。

⑺　医療機関に空きベッドがない場合は本事業を利用できないこと。

⑻　申請内容に偽りがあった場合は本事業を利用できないこと。

受領印

利用者氏名	（フリガナ）		
生年月日	年　月　日（　歳）		
住所	品川区	国籍	
電話番号	―	携帯電話	―　―
緊急連絡先氏名(続柄)	（　）	緊急連絡先	（　）　―
出産（予定）日	年　月　日	退院（予定）日	年　月　日
出産（予定）施設	□区内（　）　□区外（　）		
利用希望期間	□1泊2日　□ 2泊3日　□ 区外施設のみ　3泊4日		
申請理由	□区内在住（区内に住民票がある）で初産である □体調不良や育児に対する不安がある（治療中の病名等：　） □家族等からの十分な支援が受けられない □里帰り・親からの支援が得られず、パートナーの育児休暇が取得できない □その他（記入例：親と同居しているが、要介護状態であり支援が受けられない。） （　） □産後２カ月までの利用である。 また病院で勧められた等の理由がある場合は下記に理由をご記入ください。 〔　〕		
利用料区分	□一般世帯　□住民税非課税世帯　□生活保護世帯		
希望するケア内容（該当するものに○をつけてください）	①助産師によるお母さんの健康相談　②育児中の休息の取り方 ③乳房の手当・授乳指導　④沐浴・スキンケア　⑤育児相談　⑥家族への育児指導 ⑦利用者同士の交流　⑧育児サービスの紹介　⑨その他（　）		
連絡事項	□課税証明書の添付はしないが、上限額の支払いに同意する。 □病床の都合により、希望日に利用できない場合があることに同意する。		

（注１）　この申請書を提出するときは、親子健康手帳（母子健康手帳）を持参してください。

（注２）　入院中の利用申込については住所地を管轄する保健センターにお問い合わせください。

品川保健センター	品川区北品川 3-11-22	Tel：03-3474-2903	Fax：03-3474-2034
大井保健センター	品川区大井 2-27-20	Tel：03-3772-2666	Fax：03-3772-2570
荏原保健センター	品川区荏原 2-9-6	Tel：03-3788-7016	Fax：03-3788-7900