

品川区産後ケア（宿泊型）事業利用申請書

品川区長 あて

以下(1)～(10)について同意の上、申込みます。□

- (1) 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。
- (2) 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。
- (3) 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。
- (4) 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。（別途食事代がかかります。）
- (5) 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。
- (6) 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。
- (7) 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。
- (8) 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。
- (9) 受入れ対象期間内に利用すること。
- (10) 原則、利用期間・利用施設の変更はできないこと。

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 | |
| 携帯電話 | () - | メールアドレス | |
| 緊急連絡先氏名(続柄) | () | 緊急連絡先 | () - |
| 出産(予定)日 | 年 月 日 | 出生順位 | 第 子 |
| 出産(予定)施設 | 医療機関名 () 医療機関の所在地 () | | |
| 利用期間および 利用(予定)施設 | <input type="checkbox"/> 出産入院に引き続き延泊して宿泊 <input type="checkbox"/> 1泊2日 <input type="checkbox"/> 2泊3日 <input type="checkbox"/> NTT東日本関東病院 <input type="checkbox"/> 昭和大学病院 <input type="checkbox"/> 東京品川病院 <input type="checkbox"/> 聖路加マタニティケアホーム <input type="checkbox"/> 育良クリニック <input type="checkbox"/> 愛育産後ケア子育てステーション <input type="checkbox"/> 日本赤十字社医療センター <input type="checkbox"/> 退院後利用施設に入所して宿泊 <input type="checkbox"/> 1泊2日 <input type="checkbox"/> 2泊3日 <input type="checkbox"/> 3泊4日 <input type="checkbox"/> 東京品川病院 <input type="checkbox"/> 聖路加マタニティケアホーム <input type="checkbox"/> 育良クリニック <input type="checkbox"/> 愛育産後ケア子育てステーション <input type="checkbox"/> 日本赤十字社医療センター | | |
| 利用料区分 | <input type="checkbox"/> 一般世帯 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 非課税証明書を添付し、非課税世帯であることを証明する。 <input type="checkbox"/> 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。 | | |

(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) 利用終了後は、「宿泊型産後ケア事業利用アンケート」への回答をお願いします。
 (注3) 産後ケア（宿泊型）事業に関するお問い合わせ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。

第1号様式（第6条関係）

| | | | |
|----------|----------------|--------------------|--------------------|
| 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 | 品川区西五反田 6-6-6 | Tel : 03-5487-1311 | Fax : 03-5487-1320 |