

# 葛飾区産後ケア事業 利用回数確認票

収受印の無いものは無効

本人氏名 葛飾 花子

住所 葛飾区 青戸〇丁目一△一〇

電話番号 〇〇-△△-〇〇 出産日 令和 年 月 日

出産前は未記入でOK

### 【注意事項】

- ・ご利用にあたり、以下の内容にご同意ください。ご同意のない場合は、葛飾区産後ケア事業をご利用することができません。
- ・サービスをご利用するときは、この葛飾区産後ケア事業利用回数確認票を必ず持参し、受付窓口にご提示ください。ご持参されなかった場合は、全額自己負担していただきます。
- ・区民 **同意する場合は✓をつける** せん。ご利用した場合は、全額自己負担していただきます。

私は、下記内容に同意致します。

- 1 医療行為が必要、感染症が疑われる、実施施設の状況により利用希望の予約が取れないなどの場合は産後ケア事業を利用できないこと。
- 2 妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援のために、葛飾区、区と契約を締結する医療機関等が把握した情報について、必要に応じて相互に確認・共有すること。  
また、その結果に基づき、葛飾区から連絡する場合があること。
- 3 酒類の持ち込み・飲酒・暴力行為・迷惑行為（大声を出す等）・施設内で認められていない場所での喫煙等、産後ケア施設の運営を著しく妨げる行為を行った場合、利用をお断りすることがあること。

### 契約医療機関記載欄

項目	利用日	実施医療機関名	項目	利用日	実施医療機関名
産婦健康診査	① /		宿泊型	① /	
	② /			② /	
通所型 訪問型	① /			③ /	
	② /			④ /	
	③ /			⑤ /	
	④ /			⑥ /	
	⑤ /			⑦ /	
⑥ /		備考			
⑦ /					

# 葛飾区産後ケア事業 利用回数確認票

本人氏名 **葛飾 花子**

収受印の無いものは無効

住所 葛飾区 **青戸〇丁目-△-〇**

出産前は未記入でOK

電話番号 **〇〇-△△-〇〇** 出産日 令和 年 月 日

## 【注意事項】

- ・ご利用にあたり、以下の内容にご同意ください。ご同意のない場合は、葛飾区産後ケア事業をご利用することができません。
- ・サービスをご利用するときは、この葛飾区産後ケア事業利用回数確認票を必ず持参し、受付窓口にご持参の場合は、全額自己負担していただきます。
- ・区民 **同意する場合は✓をつける** 人。ご利用した場合は、全額自己負担していただきます。

私は、下記内容に同意致します。

- 1 医療行為が必要、感染症が疑われる、実施施設の状況により利用希望の予約が取れないなどの場合は産後ケア事業を利用できないこと。
- 2 妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援のために、葛飾区、区と契約を締結する医療機関等が把握した情報について、必要に応じて相互に確認・共有すること。  
また、その結果に基づき、葛飾区から連絡する場合があること。
- 3 酒類の持ち込み・飲酒・暴力行為・迷惑行為(大声を出す等)・施設内で認められていない場所での喫煙等、産後ケア施設の運営を著しく妨げる行為を行った場合、利用をお断りすることがあること。