

葛飾区産後ケア事業 利用回数確認票

本人氏名 _____

住所 葛飾区 _____

電話番号 _____ 出産日 令和 ____年 ____月 ____日 _____



【注意事項】

(収受印の無いものは無効)

- ・利用に当たり、以下の内容にご同意ください。同意のない場合は、葛飾区産後ケア事業を利用することができません。
- ・サービスを利用するときは、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。持参されなかった場合は、全額を自己負担していただきます。
- ・区民でなくなった場合は利用できません。利用した場合は、全額を自己負担していただきます。
- ・赤ちゃんの預かりのみや、託児・家事支援目的での利用はできません。
- ・同じ日に複数のサービス（例：訪問型と通所型など）を組み合わせでの利用はできません。
- ・実施施設の情報や産後ケア事業の詳細は、区のホームページからご確認ください。
- ・予約枠の適正管理のため、所定のキャンセル規定を設けています。

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は、利用ができなくなること。
- 4 キャンセル規定に基づき、以下の時間を過ぎた場合、利用回数確認票を予約先へ提出すること。

利用区分 および キャンセル規定	宿泊型	通所型		訪問型
	1日	5~6時間または8時間	1~2時間	1~2時間
予約日の前営業日11時までに予約先に連絡してください		予約日の前営業日15時までに予約先へ連絡してください		

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
訪問型 通所型	① /		宿泊型	① /	
	② /			② /	
	③ /			③ /	
	④ /			④ /	
	⑤ /			⑤ /	
	⑥ /			⑥ /	
	⑦ /			⑦ /	
【多胎児用】 通所型・訪問型	⑧ /		備考		
	⑨ /				
	⑩ /				

葛飾区産後ケア事業 利用回数確認票

本人氏名 _____

住所 葛飾区 _____

電話番号 _____ 出産日 令和 ____年 ____月 ____日 _____



【注意事項】

(収受印の無いものは無効)

- ・利用に当たり、以下の内容にご同意ください。同意のない場合は、葛飾区産後ケア事業を利用することができません。
- ・サービスを利用するときは、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。持参されなかった場合は、全額を自己負担していただきます。
- ・区民でなくなった場合は利用できません。利用した場合は、全額を自己負担していただきます。
- ・赤ちゃんの預かりのみや、託児・家事支援目的での利用はできません。
- ・同じ日に複数のサービス（例：訪問型と通所型など）を組み合わせでの利用はできません。
- ・実施施設の情報や産後ケア事業の詳細は、区のホームページからご確認ください。
- ・予約枠の適正管理のため、所定のキャンセル規定を設けています。

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は、利用ができなくなること。
- 4 キャンセル規定に基づき、以下の時間を過ぎた場合、利用回数確認票を予約先へ提出すること。

利用区分 および キャンセル規定	宿泊型	通所型		訪問型
	1日	5～6時間または8時間	1～2時間	1～2時間
	予約日の前営業日11時までに予約先へ連絡してください		予約日の前営業日15時までに予約先へ連絡してください	