

### 宝塚市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

宝塚市長 様

令和 年 月 日

次のとおり宝塚市産後ケア事業の利用を申請します。

利用希望者 (産婦・乳児等)	フリガナ 氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日	( 歳)
	住所	〒 - 宝塚市 ※里帰り先住所 (緊急連絡先氏名 申請者との続柄: 電話 - -		電話	-	-		
	出産 医療機関		出産日	令和	年	月	日	(在胎 週 日) <input type="checkbox"/> 帝王切開
	フリガナ 児氏名	(第 子)	性別	男・女	出生 体重			g
	多胎の場合 フリガナ 児氏名	(第 子)	性別	男・女	出生 体重			g
	フリガナ 児氏名	(第 子)	生年月日	平成 令和	年	月	日	( 歳 か月)
世帯構成	当てはまる方に○印を記入してください。 本人・夫・パートナー・第1子( 歳)・第2子( 歳)・第3子( 歳) 第4子( 歳)・実母・実父・義母・義父・その他( )							
世帯の区分	該当する世帯区分のいずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。 ※証明書の提出が必要な場合があります。 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯※ <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯※ <input type="checkbox"/> その他(課税世帯)							
利用希望サービス	宿泊型・通所型・訪問型合わせて上限7日(宿泊型は最大4日まで)							
	種別	利用希望日数						
	<input type="checkbox"/> 宿泊型	希望日数	日分	※ 宿泊型は最大4日分(3泊4日)まで 入所日・退所日それぞれ1日と算定。				
	<input type="checkbox"/> 通所型	希望日数	日分	※ 基準時間:通所型3時間/日				
<input type="checkbox"/> 訪問型	希望日数	日分	※ 基準時間:訪問型2時間/日					
利用証の内訳	<input type="checkbox"/> ①宿泊型4日分、通所型3日分(9時間分) <input type="checkbox"/> ②宿泊型4日分、訪問型3日分(6時間分) <input type="checkbox"/> ③通所型7日分(21時間分) <input type="checkbox"/> ④訪問型7日分(14時間分) <input type="checkbox"/> ⑤通所4日分(12時間分)、訪問3日分(6時間分) <input type="checkbox"/> ⑥その他( )							
申請理由 利用目的	<input type="checkbox"/> 母の体調管理 <input type="checkbox"/> 栄養相談 <input type="checkbox"/> 心の休息 <input type="checkbox"/> 身体の休息 <input type="checkbox"/> 乳房ケア <input type="checkbox"/> 授乳相談 <input type="checkbox"/> 発達発育チェック・相談 <input type="checkbox"/> 離乳食相談 <input type="checkbox"/> 育児相談 <input type="checkbox"/> 沐浴指導 <input type="checkbox"/> その他( )							
留意事項	・利用券受領後、自ら予約を取る必要があります。 ・転入前に産後ケア事業を利用している場合、上記の利用日数及び利用時間数から、他の市区町村で利用 助成を受けていた日数及び時間数を減じた日数等を上限とします。							
転入前の 利用状況	<input type="checkbox"/> 利用なし	( )市・町より転入						
	<input type="checkbox"/> 宿泊型	転入前の利用日数	日	※転入前の利用状況が分かる書類の提出が必要な場合があります。(例:母子健康手帳の産後ケアの記録欄の写しなど)				
	<input type="checkbox"/> 通所型	転入前の利用回数	回					
	<input type="checkbox"/> 訪問型	転入前の利用回数	回					

【裏面の同意書と利用アンケートもご記入ください→】

【市処理欄】

転入前の利用:( )市町/ 訪問( )回・通所( )回・宿泊( )回 確認方法:母子健康手帳・前市問合せ・その他

同意書

- 宝塚市産後ケア事業の利用にあたり、宝塚市が利用実施機関に対して必要な個人情報を提供すること、及び利用実施機関等が宝塚市に対して必要な個人情報を提供すること。
- 宝塚市が産後ケア事業にかかる審査において、申請者及び同一世帯員の市民税非課税状況等について公簿により確認し、当該調査で確認できない場合は申請者が必要な書類を提出すること。
- 宝塚市産後ケア事業の利用料金について、助成額を超えた差額は自己負担金として利用者が支払うこと。
- やむを得ず利用日の変更・中止をする場合は、速やかに実施機関等に連絡すること。キャンセル料等が発生した場合は、申請者が実施機関等に支払うこと。
- 産後ケア事業利用時、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、利用実施機関等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場合があること。
- 健康状態その他の事由により、希望どおりに受け入れができない場合があること。

上記の1～6について、同意いたします。

～宝塚市産後ケア事業利用【事前】アンケート～

産後ケア事業を利用するにあたっての参考にさせていただきます。下記についてお答えください。

【ご自身について】

(1) 体調不良や不安はありますか  
 いいえ  はい → ( )

(2) 過去に大きな病気をされたこと(または、治療中の病気)はありますか  
 いいえ  はい → (いつ頃: 病名: )

(3) こころの不調で、カウンセリングや心療内科、精神科クリニック等に相談したことがありますか  
 いいえ  過去に相談したことがある ↓  現在、相談している ↓  
 →(詳細: )

(4) 妊娠時の感染症の検査で陽性だったものはありますか  
 いいえ  はい → (具体的に: )

(5) 食物等のアレルギーはありますか  
 いいえ  はい → (具体的に: )

(6) 現在、里帰りをしていますか (滞在先:  実家  夫の実家  その他 ( ) )  
 いいえ  はい → (里帰り予定期間: 月 日 ~ 月 日 )

(7) 家事・育児など周囲の援助はありますか  
 いいえ  どちらともいえない  ある(主な援助者: 夫・パートナー・実母・実父・義母・義父・その他 )

【お子さんについて】

多胎児の場合は、それぞれで記入ください

	児氏名:	児氏名:
(1) 出生時の異常の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ↓ ( )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ↓ ( )
(2) お子さんの体調やお子さんのケアで配慮が必要なことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ↓ ( )	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ↓ ( )
(3) 授乳・離乳食の状況	母乳 時間毎 回/日 ミルク ml/回 回/日 離乳食 回/日 形状( 初期・中期・後期 ) すでに食べている食材 ( 粥・軟飯・パン・麺類・野菜 果物・魚・肉・豆腐・卵 乳製品・他( ) ) 食物アレルギーはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ↓ (具体的に )	母乳 時間毎 回/日 ミルク ml/回 回/日 離乳食 回/日 形状( 初期・中期・後期 ) すでに食べている食材 ( 粥・軟飯・パン・麺類・野菜 果物・魚・肉・豆腐・卵 乳製品・他( ) ) 食物アレルギーはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい ↓ (具体的に )
(4) 育児について、不安に思っていることや困っていること相談したいことはありますか	<input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → (具体的に )	

ご協力ありがとうございます

(様式1号-2)

### 宝塚市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

宝塚市長 様

令和 年 月 日

次のとおり宝塚市産後ケア事業の利用を申請します。

利用希望者	フリガナ 氏名		生年月日	昭和 平成	年	月	日
	住所	〒 - 宝塚市		電話	-	-	
	医療機関	※里帰り先住所 (緊急連絡先氏名		申請者との続柄:	電話	-	-
世帯構成	当てはまる方に○印を記入してください。 本人・夫・パートナー・第1子( 歳)・第2子( 歳)・第3子( 歳) 第4子( 歳)・実母・実父・義母・義父・その他( )						
世帯の区分	該当する世帯区分のいずれかに <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください。 ※証明書の提出が必要な場合があります。 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯※ <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯※ <input type="checkbox"/> その他(課税世帯)						

利用希望サービス	宿泊型・通所型・訪問型合わせて上限7日(宿泊型は最大4日まで)		
	種別	利用希望日数	
	<input type="checkbox"/> 宿泊型	希望日数	日分 ※ 宿泊型は最大4日分(3泊4日)まで入所日・退所日それぞれ1日と算定。
	<input type="checkbox"/> 通所型	希望日数	日分 ※ 基準時間:通所型3時間/日
<input type="checkbox"/> 訪問型	希望日数	日分 ※ 基準時間:訪問型2時間/日	
利用証の内訳	<input type="checkbox"/> ①宿泊型4日分、通所型3日分(9時間分) <input type="checkbox"/> ②宿泊型4日分、訪問型3日分(6時間分) <input type="checkbox"/> ③通所型7日分(21時間分) <input type="checkbox"/> ④訪問型7日分(14時間分) <input type="checkbox"/> ⑤通所4日分(12時間分)、訪問3日分(6時間分) <input type="checkbox"/> ⑥その他( )		
申請理由 利用目的	<input type="checkbox"/> 体調管理 <input type="checkbox"/> 栄養相談 <input type="checkbox"/> 心の休息 <input type="checkbox"/> 身体の休息 <input type="checkbox"/> 乳房ケア <input type="checkbox"/> その他( )		
留意事項	・利用券受領後、自ら予約を取る必要があります。 ・転入前に産後ケア事業を利用している場合、上記の利用日数及び利用時間数から、他の市区町村で利用助成を受けていた日数及び時間数を減じた日数等を上限とします。		

転入前の 利用状況	<input type="checkbox"/> 利用なし	( )市・町より転入	※転入前の利用状況が分かる書類の提出が必要な場合があります。(例:母子健康手帳の産後ケアの記録欄の写しなど)	
	<input type="checkbox"/> 宿泊型	転入前の利用日数		日
	<input type="checkbox"/> 通所型	転入前の利用回数		回
	<input type="checkbox"/> 訪問型	転入前の利用回数		回

【裏面の同意書と利用アンケートもご記入ください→】

【市処理欄】

転入前の利用:( )市町/ 訪問( )回・通所( )回・宿泊( )回 確認方法:母子健康手帳・前市問合せ・その他

## 同意書

1. 宝塚市産後ケア事業の利用にあたり、宝塚市が利用医療機関に対して必要な個人情報を提供すること、及び利用医療機関等が宝塚市に対して必要な個人情報を提供すること。
2. 宝塚市が産後ケア事業にかかる審査において、申請者及び同一世帯員の市民税非課税状況等について公簿により確認し、当該調査で確認できない場合は申請者が必要な書類を提出すること。
3. 宝塚市産後ケア事業の利用料金について、助成額を超えた差額は自己負担金として利用者が支払うこと。
4. やむを得ず利用日の変更・中止をする場合は、速やかに実施医療機関等に連絡すること。キャンセル料等が発生した場合は、申請者が実施医療機関等に支払うこと。
5. 産後ケア事業利用時、体調不良や医療的な行為が必要な場合、利用実施医療機関等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場合があること。
6. 健康状態その他の事由により、希望どおりに受け入れができない場合があること。

上記の1～6について、同意いたします。

### ～宝塚市産後ケア事業利用【事前】アンケート～

産後ケア事業を利用するにあたっての参考にさせていただきます。下記についてお答えください。

#### 【ご自身について】

(1) 体調不良や不安はありますか

いいえ  はい → ( )

(2) 過去に大きな病気をされたこと(または、治療中の病気)はありますか

いいえ  はい → (いつ頃: 病名: )

(3) ところの不調で、カウンセリングや心療内科、精神科クリニック等に相談したことがありますか

いいえ  過去に相談したことがある ↓  現在、相談している ↓ )  
→(詳細: )

(5) 食物等のアレルギーはありますか

いいえ  はい → (具体的に: )

(8) 相談したいことはありますか

いいえ  はい → ( )

ご協力ありがとうございます

### 宝塚市産後ケア事業利用決定通知書 (利用券)

発行番号		発行日	令和	年	月	日
利用希望者 (母親・乳児等)	フリガナ 氏名	生年月日	昭和 平成	年	月	日 ( 歳)
	住所	〒 宝塚市		電話	-	-
		※里帰り先住所: 緊急連絡先氏名		申請者との続柄:	電話	-
	出産 医療機関	出産日	令和	年	月	日
			(在胎	週	日)	<input type="checkbox"/> 帝王切開
	フリガナ 児氏名	(第 子)	性別	男・女	出生 体重	g
	多胎の場合 フリガナ 児氏名	(第 子)	性別	男・女	出生 体重	g
きょうだい児利用の場合 フリガナ 児氏名	(第 子)	性別	男・女	生年 月日	年 月 日 ( 歳)	

承認サービス	種別	承認内容 (利用券受理後、自ら予約をします。)				
	<input type="checkbox"/> 宿泊型	利用上限	日分	※宿泊型は最大4日間(3泊4日)まで 入所日・退所日それぞれ1日と算定。		
	<input type="checkbox"/> 通所型	利用上限	日分 ( 時間分)	※基準時間:通所型3時間/日		
	<input type="checkbox"/> 訪問型	利用上限	日分 ( 時間分)	※基準時間:訪問型2時間/日		
利用証の内訳	<input type="checkbox"/> ① 宿泊型4日分、通所型3日分(9時間分) <input type="checkbox"/> ② 宿泊型4日分、訪問型3日分(6時間分) <input type="checkbox"/> ③ 通所型7日分(21時間分) <input type="checkbox"/> ④ 訪問型7日分(14時間分) <input type="checkbox"/> ⑤ 通所4日分(12時間分)、訪問3日分(6時間分) <input type="checkbox"/> ⑥ その他( )					
依頼内容	<input type="checkbox"/> 母の体調管理 <input type="checkbox"/> 母の栄養相談 <input type="checkbox"/> 心の休息 <input type="checkbox"/> 身体の休息 <input type="checkbox"/> 乳房ケア <input type="checkbox"/> 授乳相談 <input type="checkbox"/> 発達発育チェック・相談 <input type="checkbox"/> 離乳食相談 <input type="checkbox"/> 育児相談 <input type="checkbox"/> 沐浴指導 <input type="checkbox"/> その他 ( )					

自己負担額	宿泊型(1日あたり)	通所型(1時間あたり)	訪問型(1時間あたり)
	1日あたりの負担額	1時間あたりの負担額	1時間あたりの負担額
	計 _____ 円	計 _____ 円	計 _____ 円
※利用変更又は利用中止がある場合は、速やかに実施機関に連絡ください。 ※利用変更・中止された場合のキャンセル料(自己負担)が発生する場合があります。実施機関から請求がありますので直接お支払いください。 <b>自己負担額は、利用当日に実施機関へ直接お支払いください。</b>			
区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他(課税世帯)		

- 産後ケア事業の利用券に関する留意事項は、裏面に記載しています。必ず確認ください。
- 問合せ先は、裏面に記載しています。
- アンケートは最終の利用終了後に回答をお願いします。

終了時アンケート →  
電子回答フォーム

二次元  
コード



### 宝塚市産後ケア事業利用決定通知書 (利用券)

発行番号		発行日	令和 年 月 日
利用希望者	フリガナ 氏名	生年月日	昭和 平成 年 月 日 ( 歳)
	住所	〒 宝塚市 電話 - - ※里帰り先住所: 緊急連絡先氏名 申請者との続柄: 電話 - -	
	医療機関	時期	令和 年 月 日 (在胎 週)

承認サービス	種別	承認内容 (利用券受理後、自ら予約をします。)	
	<input type="checkbox"/> 宿泊型	利用上限 日分	※宿泊型は最大4日間(3泊4日)まで入所日・退所日それぞれ1日と算定。
	<input type="checkbox"/> 通所型	利用上限 日分 ( 時間分)	※基準時間:通所型3時間/日
<input type="checkbox"/> 訪問型	利用上限 日分 ( 時間分)	※基準時間:訪問型2時間/日	
利用証の内訳	<input type="checkbox"/> ① 宿泊型4日分、通所型3日分(9時間分) <input type="checkbox"/> ② 宿泊型4日分、訪問型3日分(6時間分) <input type="checkbox"/> ③ 通所型7日分(21時間分) <input type="checkbox"/> ④ 訪問型7日分(14時間分) <input type="checkbox"/> ⑤ 通所4日分(12時間分)、訪問3日分(6時間分) <input type="checkbox"/> ⑥その他( )		
依頼内容	<input type="checkbox"/> 体調管理 <input type="checkbox"/> 栄養相談 <input type="checkbox"/> 心の休息 <input type="checkbox"/> 身体の休息 <input type="checkbox"/> 乳房ケア <input type="checkbox"/> その他 ( )		

自己負担額	宿泊型(1日あたり)	通所型(1時間あたり)	訪問型(1時間あたり)
	1日あたりの負担額	1時間あたりの負担額	1時間あたりの負担額
	計 _____ 円	計 _____ 円	計 _____ 円
※利用変更又は利用中止がある場合は、速やかに実施機関に連絡ください。 ※利用変更・中止された場合のキャンセル料(自己負担)が発生する場合があります。実施機関から請求がありますので直接お支払いください。 <b>自己負担額は、利用当日に実施機関へ直接お支払いください。</b>			
区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他(課税世帯)		

- 産後ケア事業の利用券に関する留意事項は、裏面に記載しています。必ず確認ください。
- 問合せ先は、裏面に記載しています。
- アンケートは最終の利用終了後に回答をお願いします。

終了時アンケート →  
電子回答フォーム

二次元  
コード



(様式3号)

宝健第 ○-○号  
令和 年 月 日

様

宝塚市健康推進課

### 宝塚市産後ケア事業 利用不承認通知書

令和 年 月 日付で申請のありました宝塚市産後ケア事業の利用については、次の理由により不承認とします。

申請者氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
住所	〒 電話		
申請種別	<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> 通所型 <input type="checkbox"/> 訪問型		
不承認理由			

#### 【問合せ先】

宝塚市 健康推進課

〒665-0827

住所:宝塚市小浜4丁目4番1号

電話:0797-86-0056

FAX:0797-83-2421

(様式4号)

宝健第〇-〇 号  
年 月 日

産後ケア事業実施機関 御中

宝塚市健康推進課

### 宝塚市産後ケア事業 利用依頼書

下記の者に対し、産後ケア事業の利用を承認しましたので、利用を依頼します。

発行番号		発行日	年 月 日
フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日 平成 ( 歳)
申請者氏名			
住所	〒		電話
利用者の状況	別添「産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書」の写しのとおり <input type="checkbox"/> 様式1号-1 <input type="checkbox"/> 様式1号-2		
利用日承認内容	別添「産後ケア事業利用券」の写しのとおり <input type="checkbox"/> 様式2号-1 <input type="checkbox"/> 様式2号-2		
区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他(課税世帯)		

	宿泊型(1日あたり)	通所型(1時間あたり)	訪問型(1時間あたり)
(契約額)	①基本額 31,000 円	①基本額 3,400 円	①基本額 5,000 円
	②多胎加算 円	②多胎加算 円	②多胎加算 円
	③要支援加算 円	③要支援加算 円	③要支援加算 円
	1日あたりの契約額(①②) 計 31,000 円	1時間あたりの契約額(①②) 計 3,400 円	1時間あたりの契約額(①②) 計 5,000 円
自己負担額	①基本額 3,700 円	①基本額 680 円	①基本額 250 円
	②多胎加算 円	②多胎加算 円	②多胎加算 円
	1日あたりの負担額(①②) 計 3700 円	1時間あたりの負担額(①②) 計 680 円	1時間あたりの負担額(①②) 計 250 円
	①基本額 27,300 円	①基本額 2,720 円	①基本額 4,750 円
委託料	②多胎加算 円	②多胎加算 円	②多胎加算 円
	③要支援加算 円	③要支援加算 円	③要支援加算 円
	1日あたりの委託料(①②③) 計 27,300 円	1時間あたりの委託料(①②③) 計 2,720 円	1時間あたりの委託料(①②③) 計 4,750 円

【調査結果】 別添産後ケア事業申請書兼同意書の裏面のアンケートを参照

#### 実施機関への連絡事項

- 要支援加算該当者 ⇒(添付) {  妊娠・出産期のリスクアセスメント  
 乳幼児期のリスクアセスメント  
 その他( )

担当者名		電話番号	

(様式5号)

## 宝塚市産後ケア事業 利用変更連絡票

宝塚市健康推進課 行

年 月 日

実施機関名

担当者

連絡先(電話)

貴市を通じて予約を受けた産後ケア事業について、下記のとおり変更・中止の連絡がありましたので報告します。

発行番号		発行日	年 月 日
申請者氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
住所	〒 電話		
承認内容	別添産後ケア事業利用券の写しのとおり <input type="checkbox"/> 様式2号-1 <input type="checkbox"/> 様式2号-2		

	変更項目	<input type="checkbox"/> 宿泊型	<input type="checkbox"/> 通所型	<input type="checkbox"/> 訪問型
変更前	承認 利用予定日	月 日 ~ 月 日 ( 泊 日 )	月 日 ( 時間 ) 月 日 ( 時間 )	月 日 ( 時間 ) 月 日 ( 時間 )
	実施機関			
変更後	<input type="checkbox"/> 利用日 の変更	月 日 ~ 月 日 ( 泊 日 )	月 日 ( 時間 ) 月 日 ( 時間 )	月 日 ( 時間 ) 月 日 ( 時間 )
	<input type="checkbox"/> 実施 機関の 変更			
	<input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 利用中止	<input type="checkbox"/> 利用中止	<input type="checkbox"/> 利用中止
変更理由				

※ この連絡票の提出は、宝塚市が予約調整を行った場合の変更に限る。

※ 予約の変更連絡は、この連絡票の提出または電話連絡により行うものとする。

(様式6号)

### 宝塚市産後ケア事業 利用報告書

宝塚市長 様

令和 年 月 日

実施機関名

担当者

電話番号

下記利用者に対し、産後ケア事業を実施したので、実施結果を報告します。

発行番号		利用者氏名	
児氏名		生年月日	令和 年 月 日 (月齢 か月)

種別	利用日・時間
<input type="checkbox"/> 宿泊型	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (泊 日)
	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (泊 日)
<input type="checkbox"/> 通所型	令和 年 月 日 : ~ : (時間 )
	令和 年 月 日 : ~ : (時間 )
	令和 年 月 日 : ~ : (時間 )
<input type="checkbox"/> 訪問型	令和 年 月 日 : ~ : (時間 )
	令和 年 月 日 : ~ : (時間 )
	令和 年 月 日 : ~ : (時間 )

要支援加算  有 ⇒有の場合、裏面の記入もお願いします(※市(町)から依頼があった場合のみ加算対象)

実施内容	①産婦への保健指導・栄養指導 <input type="checkbox"/> 体調管理 (内容: ) <input type="checkbox"/> 栄養指導 (内容: ) ②産婦への心理的ケア (内容: ) ③適切な授乳ができるためのケア(乳房ケア含む) <input type="checkbox"/> 乳房ケア <input type="checkbox"/> 授乳相談 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ④育児の手技についての具体的な指導及び相談 <input type="checkbox"/> 離乳食相談 <input type="checkbox"/> 育児相談 <input type="checkbox"/> 沐浴指導 <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> その他:本事業の対象内容 ( ) <input type="checkbox"/> その他オプション ( )
------	---

産婦の状況	体調: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (身体面 / 精神面 詳細: ) 血圧: / mmHg EPDS: 点 (項目⑩ 点) ※実施した場合記載 睡眠: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 睡眠時間 時間 乳房の状態: 育児の協力者: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 特記事項 <input type="checkbox"/> 別添記録添付あり
-------	--

児の状況	体重: g (1日体重増加 g) 栄養: <input type="checkbox"/> 母乳 回 / 日 <input type="checkbox"/> 人工乳 cc × 回 / 日 発達状況 特記事項 <input type="checkbox"/> 別添記録添付あり
------	---

実施状況結果等	産後ケア事業で継続支援の必要性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )
---------	---

宝塚市への引継ぎ事項 ※フォローが必要な場合は、速やかに連絡ください	<input type="checkbox"/> フォロー不要 <input type="checkbox"/> 要フォロー ⇒ <input type="checkbox"/> 連絡済 ( / ) ※連絡方法をチェックしてください 【連絡方法】 <input type="checkbox"/> 養育支援ネット <input type="checkbox"/> 宝塚市健康推進課 (電話:0797-86-0056)
---------------------------------------	--

## 要支援加算該当者の利用状況報告書

※要支援加算該当者については、利用1回ごとに宝塚市に利用状況の報告をお願いします。

種別 利用日	<input type="checkbox"/> 宿泊型	令和    年    月    日 ～    年    月    日 (    泊    日 )
	<input type="checkbox"/> 通所型	令和    年    月    日 :    ~    :    (    時間    )
	<input type="checkbox"/> 訪問型	令和    年    月    日 :    ~    :    (    時間    )
①アセスメント	<input type="checkbox"/> 別添のアセスメントシー (    /    ) のとおり	
②ケアプラン		
③実施・評価		
④宝塚市への連絡	<input type="checkbox"/> 宝塚市への連絡済み (    /    )	

種別 利用日	<input type="checkbox"/> 宿泊型	令和    年    月    日 ～    年    月    日 (    泊    日 )
	<input type="checkbox"/> 通所型	令和    年    月    日 :    ~    :    (    時間    )
	<input type="checkbox"/> 訪問型	令和    年    月    日 :    ~    :    (    時間    )
①アセスメント	<input type="checkbox"/> 別添のアセスメントシー (    /    ) のとおり	
②ケアプラン		
③実施・評価		
④宝塚市への連絡	<input type="checkbox"/> 宝塚市への連絡済み (    /    )	



(様式7-2号)

宝塚市産後ケア事業 請求集計表 (令和 年 月分)

実施機関名

【集計表】

※ 黄色セル は自動計算のため入力しないでください。

発行番号	利用者氏名	所得区分		利用数			加算		委託料				合計請求額
		課税	非課税・生活保護	宿泊	通所	訪問	多胎加算	要支援加算	基本額		加算		
				延日数	延時間数	延時間数			多胎	要支援			
1									宿泊:延日数金額				
									通所:延時間金額				
									訪問:延時間金額				
2									宿泊				
									通所				
									訪問				
3									宿泊				
									通所				
									訪問				
4									宿泊				
									通所				
									訪問				
5									宿泊				
									通所				
									訪問				
6									宿泊				
									通所				
									訪問				
7									宿泊				
									通所				
									訪問				
8									宿泊				
									通所				
									訪問				
9									宿泊				
									通所				
									訪問				
10									宿泊				
									通所				
									訪問				
合計													総合計金額

※市町記入欄

宿泊 通所 訪問

型ごとの延人数				
型ごとの実人数				
型	基本額(課税)	基本額(非課税・生保)	多胎加算	要支援
宿泊	27,300	31,000	7,000	7,000
通所	2,720	3,400	1000	500
訪問	4,750	5,000	1000	1,000

円/日

円/時間

円/時間

(様式8号) 産後ケア事業 事案等発生時報告様式

第 報

国様式  
母親等のみ

- 死亡事案  意識不明事故 (どんな刺激にも反応しない状態に陥ったもの) 報告年月日 年 月 日
- 治療に要する期間が30日以上 of 負傷や疾病を伴う重篤な事故

・\*は実施がある場合に記入してください。  
 ・水色のセルはプルダウンより選択してください。

施設情報	施設名	施設設置者 (社名・法人名・自治体名等)		代表責任者		
	施設所在地			代表責任者		
	産後ケア事業管理者	利用者の総定員 (産婦)		名		
	実施事業形態 (該当するものすべてに✓)	<input type="checkbox"/> 宿泊 (ショートステイ) 型 <input type="checkbox"/> 通所 (デイサービス) 型 <input type="checkbox"/> 訪問 (アウトリーチ) 型				
	* 直近の指導監査	年 月 日	緊急対応マニュアル等の有無			
	利用者居住市町村名	他受託市町村名				
利用者情報	母の年齢	歳	こどもの月齢	か月 日	こどもの性別	多胎児の場合は✓
	利用開始月日	月 日	利用予定期間	泊 日	利用形態	
事案発生時の状況等	事案発生日時	年 月 日	時 分	受傷、発症または死亡した者	(その他の場合)	
	事案発生の経緯 ※別途任意様式での作成も可	(利用開始時からの健康状態、母子同室の有無を含む事案発生時の状況、事案発生後の処置を含め、可能な限り詳細に記入。第1報においては可能な範囲で記入し、第2報以降で追加等すること)				
	事案発生時の職員体制	産後ケア事業従事職員数	名	うち助産師・看護師・保健師	名	
	事案発生時該当者以外の利用者の人数	産婦	名、	児	名、	その他 ( ) 名
	施設で講じた再発防止策 ※別途任意様式での作成も可					
	病状・死因等 (既往歴)	【診断名】				(負傷の場合) 受傷部位
【病状】 (症状の程度)						
【既往症】					事案の転帰	
特記事項						
市町村の対応等※	事案把握日時	年 月 日	時	緊急対応マニュアル等の有無		
	当該施設の事業継続状況				(休止の場合) 期間	
	講じた再発防止策					
都道府県の対応等	都道府県としての対応					

※市町村の対応経過については、別添として任意様式で作成し、本報告と併せて提出をお願いします。

- ・ 報告は事業者から利用者居住市町村→施設所在都道府県を経由して国に報告してください。施設所在市町村と委託元市町村が異なる場合は、当該市町村間で協議・連携しながら対応してください。(兵庫県追記：集合契約の場合は、所在地の市町村に報告ください。)
- ・ 第1報は赤枠(太枠)内について報告してください。第1報は原則事案発生当日(遅くとも事案発生翌日)、第2報は原則1か月以内程度に行うとともに、状況の変化や必要に応じて追加報告してください。
- ・ 発生時の状況等については、施設で記載できない部分については、市町村が適宜記載を補ってください。
- ・ 記載欄は適宜広げて記載してください。
- ・ 直近の指導監査の状況報告を添付してください。
- ・ 発生時の状況図(写真等を含む。)を添付してください。なお、ベビーベッド等の器具により事案が発生した場合は、当該器具のメーカー名、製品名、型式、構造等についても記載してください。
- ・ 報告内容については、国の研究事業等で分析を行い、個人が特定されない形で公表される可能性があります。

市町村担当者

所属・役職

連絡先  
(電話)

(E-mail)

## 教育・保育施設等事故報告書

基本情報							
事故報告回数				施設・事業所名称			
事故報告年月日				施設・事業所所在地			
事故報告自治体 (都道府県・市区町村)				施設・事業所代表者等			
施設・事業所種別				施設・事業所設置者等 (社名・法人名・自治体名等)			
認可・認可外の区分				施設・事業開始年月日 (開設、認可、事業開始等)			

事故に遭ったこどもの情報							
こどもの年齢(月齢) (放課後児童クラブは年齢のみ選択)				こどもの性別			
施設入所年月日 (入園年月日、事業利用開始年月日等)				所属クラス等 (放課後児童クラブはこどもの学年を選択)			
特記事項 (事故と因子関係がある持病、アレルギー、既往症、発育・発達状況等)							

事故発生時の状況								
事故発生年月日				事故発生時間帯				
事故発生場所				事故発生クラス等				
事故発生時のこどもの人数				事故発生時の 教育・保育等従事者数			うち保育教諭・幼稚園教諭・保育士・放 課後児童支援員・助産師等	
事故発生時のこどもの人数 の内訳	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳以上	学童	その他
事故発生時の状況								
事故の誘因								
事故の転帰								
(死亡の場合)死因								
(負傷の場合)受傷部位								
(負傷の場合)負傷状況								
診断名、病状、病院名	診断名							
	病状							
	病院名							
事故の発生状況 (当日登園時からの健康状況、発生後の処置を含めて可能な限り詳細に記載。第1報で可能な範囲で記載し、第2報以降で修正。)								
事故発生後の対応 (報道発表を行う(行った)場合にはその予定(実績)。第2報以降で追記。)								

※ 第1報は、本報告書(表面)を記載して報告してください。

※ 第1報は、原則事故発生当日(遅くとも事故発生翌日)、第2報は原則1か月以内程度に報告してください。

※ 第2報は、記載内容について保護者の了解を得た後に、各自自治体へ報告してください。

(兵庫県追記:集合契約の場合は、事業所→施設所在地市町→県を経由して国に報告を行います。)

※ 直近の指導監査の状況報告及び発生時の状況図(写真等を含む)を添付してください。

※ 意識不明事故に該当しないものの、意識不明に陥った後に死亡事故や重篤な事故となった場合は、意識不明時の状況も記載してください。

※ 「(負傷の場合)負傷状況」欄における「骨折(重篤な障害が疑われるもの)」については、医師の所見等により、骨折に伴う重篤な障害

(偽関節、著しい運動障害、著しい変形等)が残ることが疑われる場合に選択してください。

※ 産後ケア事業については、「事故発生時の状況」に母の年齢、母子同室の有無を記載すること。また、母親等のみに事故が起こった場合は、「産

後ケア事業等発生時報告様式」「産後ケア事業における重大事案等発生時の報告様式等について(依頼)」(令和7年3月21日付、子ども家庭庁

成育局母子保健課事務連絡)別添3)で報告してください。

※ 記載欄は適宜広げて記載してください。

(様式9号 裏)

# 教育・保育施設等事故報告書

ソフト面			
事故防止マニュアル		具体的内容	
事故防止に関する研修		実施頻度 (回/年)	具体的内容
職員配置		具体的内容	
その他の要因・分析・特記事項			
改善策【必須】			

ハード面			
施設の安全点検		実施頻度 (回/年)	具体的内容
遊具の安全点検		実施頻度 (回/年)	具体的内容
玩具の安全点検		実施頻度 (回/年)	具体的内容
その他の要因・分析・特記事項			
改善策【必須】			

環境面	
教育・保育等の状況	具体的内容
その他の要因・分析・特記事項	
改善策【必須】	

人的面	
対象児の動き	具体的内容
担当職員の動き	具体的内容
他の職員の動き	具体的内容
その他の要因・分析・特記事項	
改善策【必須】	

自治体コメント【必須】
(自治体による事故発生時の要因分析等を記載してください。施設・事業者は記載しないでください。)

【施設・事業所別の報告先】	
① 特定教育・保育施設(幼稚園、幼稚園型認定こども園を除く。)、特定地域型保育事業、一時預かり事業(幼稚園、幼稚園型認定こども園で実施する場合を除く。)、病児保育事業(幼稚園、幼稚園型認定こども園で実施する場合を除く。)、及び認可外保育施設(企業主導型保育施設を含む。) → こども家庭庁成育局保育政策課認可外保育施設担当室指導係(ninkagaihoikushisetsu.shidou@cfa.go.jp)	④ 放課後児童健全育成事業(放課後児童クラブ) → こども家庭庁成育局成育環境課健全育成係(seiikukankyou.kenzen@cfa.go.jp)
② 幼稚園、幼稚園型認定こども園 → 文部科学省総合教育政策局男女共同参画共生社会学習・安全課安全教育推進室学校安全係(anzen@mext.go.jp) → 文部科学省初等中等教育局幼児教育課(youji@mext.go.jp)	⑤ 子育て短期支援事業(ショートステイ、トワイライトステイ)、子育て世帯訪問支援事業及び児童育成支援拠点事業 → こども家庭庁成育局成育環境課家庭支援係(seiikukankyou.katei@cfa.go.jp)
③ 特別支援学校幼稚部 → 文部科学省総合教育政策局男女共同参画共生社会学習・安全課安全教育推進室学校安全係(anzen@mext.go.jp) → 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課(toku-sidou@mext.go.jp)	⑥ 子育て援助活動支援事業(ファミリー・サポート・センター事業) → こども家庭庁成育局成育環境課子育て支援係(seiikukankyou.kosodate@cfa.go.jp)
	⑦ 乳児等通園支援事業(こども誰でも通園制度) → こども家庭庁成育局保育政策課地域支援係(hoikuseisaku.newkyuufu@cfa.go.jp)
	⑧ 産後ケア事業 → こども家庭庁成育局母子保健課母子保健係(boshihoken.kakari@cfa.go.jp)
【全施設・事業所共通の報告先】	
→ 消費者庁消費者安全課(i.syouhisya.anzen@caa.go.jp)	

※ 【施設・事業所別の報告先】及び【全施設・事業所共通の報告先】ともに報告をお願いします。  
 ※ 裏面の記載事項は、大半部分を公表する予定であるため、個人情報(対象児氏名、搬送先病院名等)は記載しないでください。

## 宝塚市産後ケア事業利用証(宿泊型)

宿泊  
(1日分)

発行番号		発行日	令和 年 月 日
氏名			
生年月日	年 月 日		
住所	宝塚市		
利用期限	令和 年 月 日		

※宿泊型産後ケア事業を1日利用ごとに本利用証1枚を実施機関に提出してください。  
(例)1泊2日の場合、利用証2枚が必要です。

宝塚市長 森 臨太郎

公印

以下は、実施機関でご記入の上、請求書及び利用報告書に添えてご提出ください。

上記の者へ、産後ケア事業を実施したので報告します。

宝塚市長 様

実施機関名

実施年月日	令和 年 月 日
サービス名	宿泊型
利用者自己負担額	
実施担当者(氏名)	

通所  
(1時間分)

## 宝塚市産後ケア事業利用証(通所型)

発行番号		実施年月日	令和 年 月 日
発行日	令和 年 月 日	サービス名	通所型
氏名		利用者自己負担額 (1時間あたり)	680円
生年月日	年 月 日	実施機関名	
住所	宝塚市		
利用期限	令和 年 月 日	実施担当者(氏名)	

※通所型産後ケア事業を1時間利用ごとに本利用証1枚を実施機関に提出してください。

上記右枠内は実施機関でご記入の上、請求書及び利用報告書に添えてご提出ください。

宝塚市長 森 臨太郎

公印

通所  
(1時間分)

## 宝塚市産後ケア事業利用証(通所型)

発行番号		実施年月日	令和 年 月 日
発行日	令和 年 月 日	サービス名	通所型
氏名		利用者自己負担額 (1時間あたり)	680円
生年月日	年 月 日	実施機関名	
住所	宝塚市		
利用期限	令和 年 月 日	実施担当者(氏名)	

※通所型産後ケア事業を1時間利用ごとに本利用証1枚を実施機関に提出してください。

上記右枠内は実施機関でご記入の上、請求書及び利用報告書に添えてご提出ください。

宝塚市長 森 臨太郎

公印

通所  
(1時間分)

## 宝塚市産後ケア事業利用証(通所型)

発行番号		実施年月日	令和 年 月 日
発行日	令和 年 月 日	サービス名	通所型
氏名		利用者自己負担額 (1時間あたり)	680円
生年月日	年 月 日	実施機関名	
住所	宝塚市		
利用期限	令和 年 月 日	実施担当者(氏名)	

※通所型産後ケア事業を1時間利用ごとに本利用証1枚を実施機関に提出してください。

上記右枠内は実施機関でご記入の上、請求書及び利用報告書に添えてご提出ください。

宝塚市長 森 臨太郎

公印

## 宝塚市産後ケア事業利用証(訪問型)

訪問  
(1時間分)

発行番号		発行日	令和 年 月 日
氏名			
生年月日	年 月 日		
住所	宝塚市		
利用期限	令和 年 月 日		

※訪問型産後ケア事業を1時間利用ごとに本利用証1枚を協力実施機関に提出してください。

宝塚市長 森 臨太郎

公印

以下は、実施機関でご記入の上、請求書及び利用報告書に添えてご提出ください。

宝塚市長 様

実施機関名

実施年月日	令和 年 月 日
サービス名	訪問型
利用者自己負担額 (1時間あたり)	250円
実施担当者(氏名)	

## 宝塚市産後ケア事業利用証(訪問型)

訪問  
(1時間分)

発行番号		発行日	令和 年 月 日
氏名			
生年月日	年 月 日		
住所	宝塚市		
利用期限	令和 年 月 日		

※訪問型産後ケア事業を1時間利用ごとに本利用証1枚を協力実施機関に提出してください。

宝塚市長 森 臨太郎

公印

以下は、実施機関でご記入の上、請求書及び利用報告書に添えてご提出ください。

宝塚市長 様

実施機関名

実施年月日	令和 年 月 日
サービス名	訪問型
利用者自己負担額 (1時間あたり)	250円
実施担当者(氏名)	

宝塚市産後ケア事業 変更申請書

令和 年 月 日

(あて先)宝塚市長

申請者(利用者)氏名 \_\_\_\_\_

令和 年 月 日付で利用の承認を受けた宝塚市産後ケア事業について  
下記のとおり変更を申請します。

記

利用者氏名	
生年月日	年 月 日
発行番号	
変更事項	1 住所 2 氏名 3 課税状況等 4 利用希望実施機関等 5 サービス内容 6 その他( )
変更内容	(変更前)
	(変更後)
変更理由	1 住所の変更があったため 2 氏名の変更があったため 3 課税状況に変更があったため 4 実施機関等を変更したため 5 サービス内容を変更したため 6 その他( )

連絡先 宝塚市健康推進課(宝塚市立健康センター)  
産後ケア事業担当  
〒665-0827 宝塚市小浜4丁目4番1号  
TEL 0797-86-0056  
FAX 0797-83-2421