

神戸市産後ケア事業（宿泊・通所）実施要綱

（目的）

第1条 この要綱は、育児支援を必要とする母子を対象に、心身の安定と育児不安を解消し、児童虐待の未然防止を目的として実施する神戸市産後ケア事業（以下、「本事業」という。）について必要な事項を定めるものとする。

（実施主体）

第2条 本事業の実施主体は、神戸市とする。ただし、前条の目的を達成するために本事業について、適切な事業運営が確保できると認められる助産所等に委託することができるものとする。本事業の委託を受ける事業者（以下、「事業者」という。）は、次の各号の要件を満たすものとする。

- （1）医療法（昭和23年法律第205号）に定める神戸市内に所在する病院、診療所及び助産所であること。
- （2）本事業に従事する助産師・保健師・看護師（24時間1名以上常駐、日中は常勤の助産師を常駐させること。）を配置し、主に母体ケア、乳児ケア、母乳育児や育児指導・相談を行う実施体制が確保できること。
- （3）本事業を安全・快適に提供できる施設・設備を備えていること。
- （4）利用者に対する食事の提供ができること。
- （5）第4条に規定する事業内容を提供できること。
- （6）区保健福祉部、北神区役所及び北須磨支所保健福祉課（以下、「区保健福祉部等」という。）および神戸市子ども家庭局と連携・調整を行うことができること。

（対象者）

第3条 本事業の利用対象者は、神戸市内に住所を有する産後1年未満の母親と乳児であって、次の各号のいずれかに該当する者とする。ただし、医療行為の必要な者は除く。

- （1）産後ケアを必要とする者。
 - （2）その他、区・支所保健福祉課課長（保健担当）が必要と認める者。
- 2 産後4か月以降1年未満の受入れの可否は、事業者の定めるものとする。

（事業内容）

第4条 本事業は、区保健福祉部等の職員が作成する支援計画に基づき、妊娠から出産・育児までの切れ目のない支援を行うサービスとして、次に掲げる内容とする。

- （1）宿泊サービス
母子を宿泊させ、母体の体力の回復及び母体のケア並びに乳児のケアを実施するとともに、今後の育児に資する指導等を実施する。
- （2）通所サービス
母子を日帰りで施設利用させ、母体の体力の回復及び母体のケア並びに乳児のケアを実施するとともに、今後の育児に資する指導等を実施する。
- （3）母体のケア及び乳児のケア、今後の育児に資する指導等は、次に掲げる内容とする。
 - ア 産婦の母体管理および生活面の指導
 - イ 乳房管理
 - ウ 沐浴、授乳等の育児指導
 - エ 乳児の世話、発育・発達等のチェック
 - オ その他必要な保健指導および情報提供
 - カ 産婦の食事の提供及び児のミルク・離乳食の提供

(利用日数)

第5条 宿泊サービス又は通所サービスの利用日数は、原則として宿泊サービス7日間、通所サービス7日間を限度とする。ただし、区保健福祉部長および北神区役所総務・保健福祉担当部長が特に必要と認める場合は、更に7日間を限度として延長することができる。なお、延長した7日間は宿泊サービスまたは通所サービスのいずれに利用してもよい。

(利用期間)

第6条 宿泊サービス又は通所サービスの利用期間は、産後1年未満とする。

(サービスを行う実施時間・実施日・休業日)

第7条 宿泊サービスの実施時間・実施日・休業日については次の各号に定める通りとする。

- (1) 実施時間は、0時から24時までを1日とする。
- (2) 入所時間は午前9時、退所時間は午後5時とする。なお、利用者の希望を踏まえて入所時間、退所時間は、事業者が決定することができるものとする。
- (3) 実施日は、原則として月曜日から日曜日とする。
- (4) 12月29日から1月3日までの休業日は事業者の定めるものとする。

2 通所サービスの実施時間・実施日・休業日については次の各号に定める通りとする。

- (1) 実施時間は、原則として午前9時から午後5時の8時間とする。
- (2) 実施日は原則として月曜日から日曜日とする。
- (3) 12月29日から1月3日までの休業日は事業者の定めるものとする。

第8条 本事業を利用しようとする者(以下、「申請者」という。)は、神戸市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書(様式1号-1及び1号-2)を住所地の区保健福祉部等に提出しなければならない。

2 生活保護法の規定による被保護世帯(以下、「生活保護世帯」という。)及び当該年度(4月及び5月に利用する場合は前年度)の市民税が非課税世帯(以下、「市民税非課税世帯」という。)については、区・支所保健福祉課課長(保健担当)にそれを証する書類を提出しなければならない。

3 申請者が利用日数を超えての利用を希望し、区保健福祉部長および北神区役所総務・保健福祉担当部長が特に必要と認めるものの場合は、申請者は神戸市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書を、住所地の区保健福祉部等に提出しなければならない。

(利用承認及び通知)

第9条 区・支所保健福祉課課長(保健担当)は、前条の1の規定に基づく申請があったときは、申請者の世帯の養育状況等を調査し利用の適否を審査し、利用の承認又は不承認を決定するとともに、その旨を神戸市産後ケア事業利用承認通知書(様式2号-1)及び神戸市産後ケア事業サービス内容通知書(様式2号-2)又は神戸市産後ケア事業利用不承認通知書(様式3号)に速やかに申請者に通知するものとする。

2 保健福祉部長および北神区役所総務・保健福祉担当部長は、前条3の規定に基づく申請があったときは、申請者の世帯の養育状況等を調査し利用の適否を審査し、利用の承認又は不承認を決定するとともに、その旨を神戸市産後ケア事業利用承認通知書(様式2号-1)及び神戸市産後ケア事業サービス内容通知書(様式2号-2)又は神戸市産後ケア事業利用不承認通知書(様式3号)に速やかに申請者に通知するものとする。

3 産科医療機関等が、出産退院後の在宅生活において育児不安や養育上の支援が特に必要と認められた時は、診療情報提供書又はこれにかわる書面等の提出を求め、審査資料とすることができる。

4 区・支所保健福祉課課長(保健担当)は、第1項の規定に基づき利用を承認した場合、神戸市産後ケア事業調査票兼利用依頼書(様式4号)に利用申請書兼情報提供同意書(様式1号-1及び1

号-2)及び利用承認通知書(様式2号-1)及び神戸市産後ケア事業サービス内容通知書(様式2号-2)を添えて、速やかに事業者へ依頼するものとする。

5 保健福祉部長および北神区役所総務・保健福祉担当部長は、第2項の規定に基づき利用を承認した場合、神戸市産後ケア事業調査票兼利用依頼書(様式4号)に利用申請書兼情報提供同意書(様式1号-1及び1号-2)及び利用承認通知書(様式2号-1)及び神戸市産後ケア事業サービス内容通知書(様式2号-2)を添えて、速やかに事業者へ依頼するものとする。

6 当該事業者は、サービス開始前にサービスの利用を承認された利用者(以下、「利用者」という。)に必要に応じて連絡し、その利用に係る説明等を行う。

(自己負担額)

第10条 利用者は、当該サービスに要する費用の一部を負担しなければならない。負担する費用は、母子の属する世帯の所得に応じ別表1-1及び別表1-2により算出する。

2 自己負担額は、事業者に対し、直接支払うものとする。

3 利用に際し発生する食費、寝具、光熱水費、消毒、洗濯、児のミルク・離乳食及び新生児用オムツ代以外の必要経費については、事業者が別途実費徴収するものとする。

4 多胎児での利用の場合、2人目以降児1人あたり、別表1-3に規定する金額を自己負担額として支払うものとする。

(変更の申請等)

第11条 第10条の規定により、利用者は、申請した事項に変更が生じた場合は、速やかに、事業者へ連絡しなければならない。

2 前項の変更のうち、日程を変更又は中止する場合は、利用者は当該利用日の前々日の17時まで、電話またはファックス等の手段により事業者へ連絡しなければならない。変更連絡を受けた事業者は、速やかに利用変更連絡票(様式5号)を送付し、区保健福祉部等に連絡するものとする。

3 前項の期日までに事業者へ利用変更又は中止の連絡がない場合は中止として取り扱い、利用者は別表2に定める額を、事業者の請求に基づき支払わなければならない。ただし、災害等不測の事態が生じたことによる場合は、神戸市が別表2に定める額を、事業者の請求に基づき支払う。

4 事業者の都合により第2項の期日を過ぎて利用変更又は中止をした場合は、利用者は別表2に定める額を支払わない。

(実施結果の報告)

第12条 事業者は、支援を終了した場合、神戸市産後ケア事業実施結果報告書①(様式6号-1)および神戸市産後ケア事業実施結果報告書②(様式6号-2)を作成し、区・支所保健福祉課課長(保健担当)に報告するものとする。

2 事業者は、産後ケア終了後も継続的に支援が必要な利用者について、区保健福祉部等と情報交換を行う等、連携するものとする。

(費用の負担)

第13条 本事業に要する1日あたりの費用は、別表3に定める額とする。

2 委託料は、別表3に定める額から第10条に定める自己負担額を控除した額とする。

3 多胎児の利用の場合、2人目以降児1人あたり、別表4に定める額から第10条に定める自己負担額を控除した額を加算して、委託料として支払う。

(委託料の請求)

第14条 事業者は、神戸市産後ケア事業の委託料の請求について、神戸市産後ケア事業実施結果報告書①(様式6号-1)および②(様式6号-2)、神戸市産後ケア事業月別利用報告書(様式7号)、神戸市産後ケア事業委託料請求書(様式8号)、神戸市産後ケア事業キャンセル料請求書(様式8号)

ー 2)、を提出し、当月分を翌月 10 日までに市長に請求するものとする。

(委託料の支払)

第 15 条 市長は、前条の規定に基づき費用の請求を受けたときは、その請求内容を審査し、支払要件を満たしているものについて、別途締結する委託契約に基づき支払を行うものとする。

(研修の実施)

第 16 条 事業者は、産後ケア事業に従事する職員に対し、必要な研修を実施または受講させ、資質向上に努めるものとする。

(帳票類の整備等)

第 17 条 事業者は事業の適正な実施を確保するため、サービスに関する記録、その他必要と認める帳票類を整備しなければならない。

2 市長は、事業者に対し、帳票類等の提出又はサービス内容の確認等について、必要な調査を実施することができる。

(帳票類の保管及び廃棄)

第 18 条 帳票類は 5 年間保存しなければならない。保存に際しては、所定の保管場所に収納し、滅失、毀損、盗難等の防止に十分留意するものとする。

2 保存年限の過ぎた帳票類を廃棄する場合は、裁断または溶解処理を確実に実施するものとする。

3 前項の処理を行った場合は、その旨を書面で市長に報告しなければならない。

(事業内容の改善)

第 19 条 市長は、本事業の適正な実施を図り、良質なサービスが提供されるよう、事業者の業務内容を調査し、改善について必要な措置を講ずるものとする。

(個人情報の保護)

第 20 条 本事業を実施するにあたっては、利用記録の漏洩を防止するとともに、実施担当者には守秘義務を課すなど、関係法令を遵守することに加え、別に定める「情報セキュリティ遵守特記事項」及び個人情報の保護に関する法律に基づき、必要な個人情報保護対策を講じ、上記事項やガイドライン等を遵守するものとする。

(事故及び損害の責任)

第 21 条

(事故及び損害の責任)

事業者は、業務により生じた事故及び損害については、神戸市に故意または重過失のない限り、事業者がその負担と責任において処理にあたるものとする、

事業者は、業務により生じた事故等について、速やかに、書面により市長へ報告しなければならない。

(その他)

第 22 条 この要綱に定めるもののほか、産後ケア事業の実施に必要な事項は市長が別に定める。

附 則

この要綱は平成 26 年 11 月 4 日から施行する。

この要綱は平成 28 年 4 月 1 日から施行する。

この要綱は平成 31 年 4 月 1 日から施行する。

この要綱は令和元年 10 月 1 日から施行する。

この要綱は令和 2 年 4 月 1 日から施行する。

この要綱は令和3年4月1日から施行する。

この要綱は令和4年4月1日から施行する。

この要綱は令和5年4月1日から施行する。

この要綱は令和6年4月1日から施行する。

(別表1) 利用者の自己負担額

別表1-1: 宿泊サービス (1日あたり)

利用者の属する世帯区分	利用料
生活保護世帯	1,000円
市民税非課税世帯	1,500円
上記以外	3,000円

別表1-2: 通所サービス (1日あたり)

利用者の属する世帯区分	利用料
生活保護世帯	800円
市民税非課税世帯	1,000円
上記以外	2,000円

別表1-3: 多胎児の利用の場合2人目以降の費用 (1日あたり)

サービス種別	利用料
宿泊サービス	500円
通所サービス	300円

(別表2) キャンセル料

利用者の都合により利用変更・中止された場合の利用者負担額		
利用日の前々日の17時までに事業者につながった場合	宿泊サービス	0円
	通所サービス	0円
利用日の前々日の17時までに連絡がなく、利用変更・中止した場合	宿泊サービス	1,300円
	通所サービス	1,000円

(別表3) 産後ケア事業の1日あたりの総額

サービス種別	1日あたりの費用
宿泊サービス	30,000円
通所サービス	20,000円

(別表4) 多胎児2人目以降の1人あたりの総額

サービス種別	1日あたりの費用
宿泊サービス	7,500円
通所サービス	5,000円

(様式1号-1)

神戸市産後ケア事業（宿泊・通所） 利用申請書兼情報提供同意書

区保健福祉部長
区役所総務・保健福祉担当部長あて

次のとおり神戸市産後ケア事業（宿泊・通所）の利用を申請します。

利用希望者 (母親)	フリガナ 氏 名			生年 月日		
	住 所					
	電 話			申請時の気持ち		
	緊急連絡先	氏名：	申請者との関係：		電話：	
	出産医療機関名					
	出 産 日					
	在胎週数					
児の 人数		フリガナ 児の氏名		出生体重	g	
		フリガナ 児の氏名		出生体重	g	
		フリガナ 児の氏名		出生体重	g	
世帯構成	氏 名		続 柄	生年月日	職 業	
世帯の区分						
添 付 書 類	※世帯区分が ②市民税非課税証明書（世帯全員分、③生活保護適用証明（1か月以内の発行）					
同 意 欄	下記の内容について同意します。 ①本申請に関する内容及び必要時新生児訪問指導等の神戸市における実施状況を、事業者に提供すること ②本事業で知り得た利用者の健康状態等について事業者から神戸市に情報提供すること ③本申請にあたり、神戸市が申請者の住民登録について確認すること 署名（利用希望者自署） （該当する場合）生活保護適用(世帯全員)の有無について照会することに同意します。 また、本申請にあたり、生活保護の照会について、世帯全員から同意を得ています。 署名（利用希望者自署）					
	※e-kobe 申請については、電子申請時の同意チェックをもって同意したものとみなす					

(様式1号-2)

<利用希望内容>

申請者氏名	
-------	--

	宿泊サービス	通所サービス
1	日付： ----- 事業所：	日付： ----- 事業所：
2	日付： ----- 事業所：	日付： ----- 事業所：
3	日付： ----- 事業所：	日付： ----- 事業所：
4	日付： ----- 事業所：	日付： ----- 事業所：
5	日付： ----- 事業所：	日付： ----- 事業所：
6	日付： ----- 事業所：	日付： ----- 事業所：
7	日付： ----- 事業所：	日付： ----- 事業所：

- ・特に希望したい内容 (1)からだのこと (2)母乳のことや授乳方法 (3)沐浴等育児の仕方
(4)赤ちゃんのお世話の仕方、赤ちゃんの成長について (5)離乳食について

	・その他、相談したい内容や希望等
--	------------------

- ・離乳食の状況 (離乳食を開始している場合のみ記載してください)

1日の回数		アレルギーの有無	
使用している食材 (主なもの)	アレルギーが「あり」の場合その食材		
備考			
状況の詳細			
理由			
妊娠届出の確認の同意	※e-kobe 申請については、電子申請時の同意チェックをもって同意したものとみなす		

様

(管理番号)

区保健福祉部長
北神区役所総務・保健福祉担当部長

神戸市産後ケア事業（宿泊・通所）利用承認通知書

申請のありました神戸市産後ケア事業（宿泊・通所）利用について、次のとおり承認します。

1. 利用者 氏名 _____ 電話 () - _____
〒 - _____
住所 _____
※多胎児での利用 (双胎 品胎)

2. 利用日数及び期間
(1) 利用日数上限：宿泊7日間・通所7日間
(2) 利用期間：令和 年 月 日まで（産後1年未満）

3. 利用事業所及び利用日
(様式2号—2) 神戸市産後ケア事業（宿泊・通所） サービス内容通知書 参照

4. 利用料
(1) 宿泊サービス 1日あたり _____ 円
(2) 通所サービス 1日あたり _____ 円
・多胎児での利用の場合、児2人目以降1人につき、宿泊サービスは500円、通所サービスは300円が1日あたり利用料として別途かかります。
・利用料は、利用するごとに施設へ直接お支払ください。

5. 日程の変更または中止
日程の変更または中止は、利用日の前々日の17時までに利用施設に連絡をしてください。この日時までに連絡がなく変更・中止した場合はキャンセルとして取り扱います。
なお、キャンセルに伴う利用者負担額は次のとおりです。施設に直接お支払いください。

利用者の都合により利用変更・中止された場合の利用者負担額		
利用日の前々日の17時までに事業者へ連絡があった場合	宿泊サービス	0円
	通所サービス	0円
利用日の前々日の17時までに連絡がなく、利用変更・中止した場合	宿泊サービス	1,300円
	通所サービス	1,000円

6. 利用にあたっての注意点
・利用日数が上限未満であっても、利用期間が産後1年を過ぎた場合は利用できません。
・産後4か月以降～1年未満までの利用ができるかどうかは、利用施設により対応が異なります。
・発熱や咳等の感染症を疑う症状がある場合は産後ケア事業を利用することはできないため、必ず利用施設へご連絡ください。
・赤ちゃんの一時預かり、兄弟児や夫と一緒にの利用、特別室の利用やその他各利用施設で行っている独自のサービスの有無等、各利用施設で対応が可能かどうか、また、追加料金が発生するかが異なりますので、ご確認ください。

7. この通知の問い合わせ先			
神戸市	区	保健福祉課	担当者名：
電話 ()	-	/FAX ()	-
〒 -	神戸市	区	

(様式2号—2)

神戸市産後ケア事業（宿泊・通所） サービス内容通知書

申請者 _____ 様

(管理番号 _____)

区役所・支所保健福祉課

1. 産後ケア事業利用内容

<宿泊サービス>

回数	利用年月日	利用事業所名	事業所電話番号
1	令和 年 月 日 ()		—
2	令和 年 月 日 ()		—
3	令和 年 月 日 ()		—
4	令和 年 月 日 ()		—
5	令和 年 月 日 ()		—
6	令和 年 月 日 ()		—
7	令和 年 月 日 ()		—

<通所サービス>

回数	利用年月日	利用事業所名	事業所電話番号
1	令和 年 月 日 ()		—
2	令和 年 月 日 ()		—
3	令和 年 月 日 ()		—
4	令和 年 月 日 ()		—
5	令和 年 月 日 ()		—
6	令和 年 月 日 ()		—
7	令和 年 月 日 ()		—

2. 利用期限

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで (産後1年未満)

3. キャンセル料について

令和6年4月1日以降のキャンセル料（感染症を疑う場合）については、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけが5類感染症へ移行されたことから、自己負担となります。

様

(管理番号)

区保健福祉部長
北神区役所総務・保健福祉担当部長

神戸市産後ケア事業（宿泊・通所）利用承認通知書

申請のありました神戸市産後ケア事業（宿泊・通所）利用について、次のとおり承認します。

1. 利用者 氏名 _____ 電話 () _____
〒 _____
住所 _____
※多胎児での利用 (双胎 品胎)

2. 利用日数及び期間
(1) 利用日数上限：宿泊・通所合わせて7日間
(2) 利用期間：令和 年 月 日まで（産後1年未満）

3. 利用事業所及び利用日
(様式2号—2) 神戸市産後ケア事業（宿泊・通所） サービス内容通知書 参照

4. 利用料
(1) 宿泊サービス 1日あたり _____ 円
(2) 通所サービス 1日あたり _____ 円
・多胎児での利用の場合、児2人目以降1人につき、宿泊サービスは500円、通所サービスは300円が1日あたり利用料として別途かかります。
・利用料は、利用するごとに施設へ直接お支払ください。

5. 日程の変更または中止
日程の変更または中止は、利用日の前々日の17時までに利用施設に連絡をしてください。この日時までに連絡がなく変更・中止した場合はキャンセルとして取り扱います。
なお、キャンセルに伴う利用者負担額は次のとおりです。施設に直接お支払いください。

利用者の都合により利用変更・中止された場合の利用者負担額		
利用日の前々日の17時までに事業者へ連絡があった場合	宿泊サービス	0円
	通所サービス	0円
利用日の前々日の17時までに連絡がなく、利用変更・中止した場合	宿泊サービス	1,300円
	通所サービス	1,000円

6. 利用にあたっての注意点
・利用日数が上限未満であっても、利用期間が産後1年を過ぎた場合は利用できません。
・産後4か月以降～1年未満までの利用ができるかどうかは、利用施設により対応が異なります。
・発熱や咳等の感染症を疑う症状がある場合は産後ケア事業を利用することはできないため、必ず利用施設へご連絡ください。
・赤ちゃんの一時預かり、兄弟児や夫と一緒にの利用、特別室の利用やその他各利用施設で行っている独自のサービスの有無等、各利用施設で対応が可能かどうか、また、追加料金が発生するかが異なりますので、ご確認ください。

7. この通知の問い合わせ先
神戸市 _____ 区 _____ 保健福祉課 担当者名：
電話 () _____ /FAX () _____
〒 _____ 神戸市 _____ 区 _____ 令和 年 月 日

(様式2号-2) ※延長利用

神戸市産後ケア事業（宿泊・通所） サービス内容通知書

申請者 _____ 様
(管理番号 _____)

区役所・支所保健福祉課

1. 産後ケア事業利用内容

回数	利用年月日	サービス種別	利用事業所名
1	令和 年 月 日 ()	宿泊 ・ 通所	電話： —
2	令和 年 月 日 ()	宿泊 ・ 通所	電話： —
3	令和 年 月 日 ()	宿泊 ・ 通所	電話： —
4	令和 年 月 日 ()	宿泊 ・ 通所	電話： —
5	令和 年 月 日 ()	宿泊 ・ 通所	電話： —
6	令和 年 月 日 ()	宿泊 ・ 通所	電話： —
7	令和 年 月 日 ()	宿泊 ・ 通所	電話： —

2. 利用期限

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで（産後1年未満）

3. キャンセル料について

令和6年4月1日以降のキャンセル料（感染症を疑う場合）については、新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけが5類感染症へ移行されたことから、自己負担となります。

(様式 3 号)

神 第 号

様

区保健福祉部長
北神区役所総務・保健福祉担当部長

神戸市産後ケア事業（宿泊・通所）利用不承認通知書

申請のありました産後ケア事業（宿泊・通所）利用について、次の理由により不承認とします。

1. 申請者 氏名 _____
〒 _____
住所 _____ 電話 _____

2. 不承認の理由

(教示)

この処分について不服があるときは、処分があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に神戸市長に対して審査請求をすることができます（なお、処分を知った日の翌日から起算して3月以内であっても、処分があった日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。）。

また、この処分に対する取消しの訴えは、処分があったことを知った日（審査請求をした場合は、当該審査請求に対する神戸市長の裁決があったことを知った日）の翌日から起算して6月以内に神戸市（訴訟において神戸市を代表する者は、神戸市長）を被告として提起することができます（なお、処分又は裁決を知った日の翌日から起算して6月以内であっても、処分又は裁決の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

3. この通知の問い合わせ先

神戸市 区 保健福祉課
電話 () FAX ()
〒 - 神戸市 区

神戸市産後ケア事業（宿泊・通所）調査票兼利用依頼書

利用者氏名	
調査状況	母親の状況 妊娠経過：異常なし ・ 異常あり () 分娩経過：異常なし ・ 異常あり () 産後の状況：
	子どもの状況 出生時またはその後の異常： なし ・ あり () 授乳回数： 回/日 (栄養法： 母乳 ・ 混合 ・ 人工乳) その他の状況：
	家庭の状況 支援者の有無：あり (母との関係：) ・ なし 相談者の有無：あり (母との関係：) ・ なし
	配慮すべきこと
担当保健師	電話 () -

※利用者および児について、調査した状況を明記する。欄が不足する場合は別紙（様式任意）を作成。

産後ケア事業実施事業者 御中

区保健福祉部長
北神区役所総務・保健福祉担当部長

下記の者に対し、産後ケア事業（宿泊・通所）利用を承認しましたので、利用の依頼をいたします。

利用期限	令和 年 月 日まで（産後 1 年未満）
利用日	別添サービス内容通知書 様式 2 号-2（写）のとおり

※申請書（様式 1 号-1 及び 1 号-2）、承認通知書（様式 2 号-1）サービス内容通知書（様式 2 号-2）のそれぞれの写しを必ず添付すること。

(様式 5 号)

神戸市産後ケア事業（宿泊・通所）利用変更連絡票

区役所・支所保健福祉課 行

事業所名 _____

担当者 _____

連絡先（電話） _____

以下のとおり、変更・中止の連絡が入りましたので、報告いたします。

利用者氏名		
変項事由	<input type="checkbox"/> キャンセル <input type="checkbox"/> 日程変更 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	
	変更前の日程等	変更後の日程等
	<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 通所	<input type="checkbox"/> 宿泊 <input type="checkbox"/> 通所
	<日程>	<日程>
	<p><変更理由></p> <input type="checkbox"/> 利用者の都合によるもの （理由： _____ ）	
<input type="checkbox"/> 災害等不測の事態が生じたことによるもの （具体的な状況： _____ ）		
<input type="checkbox"/> 事業者都合によるもの （理由： _____ ）		
受付日時（事業所が 連絡を受付た日）	令和 年 月 日 (AM・PM 時 分)	

※この連絡票は、本人からの連絡を受付けた後、直ちに区保健福祉課（支所・北神含む）に提出すること。

(様式 6 号-1)

神戸市産後ケア事業（宿泊・通所）実施結果報告書①

区保健福祉部長あて

下記利用者に対し、産後ケア事業（宿泊・通所）を実施したので、実施結果を報告します。

利用者 住所	神戸市		区		電話（ ）		—		
利用者 氏名				生年 月日	S・H	年	月	日生（ 歳）	
子の 氏名				出産日	令和	年	月	日	
利用期間・サービス	サービス・利用日							利用者確認欄	
	宿泊	1	令和	年	月	日	宿泊		
		2	令和	年	月	日	宿泊		
		3	令和	年	月	日	宿泊		
		4	令和	年	月	日	宿泊		
		5	令和	年	月	日	宿泊		
		6	令和	年	月	日	宿泊		
		7	令和	年	月	日	宿泊		
	通所	1	令和	年	月	日	通所		
		2	令和	年	月	日	通所		
		3	令和	年	月	日	通所		
		4	令和	年	月	日	通所		
		5	令和	年	月	日	通所		
		6	令和	年	月	日	通所		
7		令和	年	月	日	通所			

事業所名 _____
担当者 _____
連絡先（電話） _____

神戸市産後ケア事業（宿泊・通所）実施結果報告書②

神戸市長あて

		事業所名：		担当者名	
利用者氏名		管理番号（承認番号）	利用状況備考	<input type="checkbox"/> 兄弟と利用 <input type="checkbox"/> 夫と利用 <input type="checkbox"/> 夫と兄弟と利用	
利用日			本報告書の月齢		
母の 主訴					
状 況	母の 状 況	<input type="checkbox"/> 乳房状態： <input type="checkbox"/> 心理面：			
	児の 状 況	体重：	1日の体重増加： (g/日)		
		栄養面（母乳）： 回 栄養面（ミルク）： ml 回 離乳食： 回 /日			
		排泄（排尿回数）： 回/日 排泄（便回数）： 回/日 排泄（便の性状）：			
	活気： 皮膚の状態：				
その他 家族 状況等					
実施 内容	<input type="checkbox"/> 産後の母体管理 <input type="checkbox"/> 生活面の指導 <input type="checkbox"/> 乳房管理（乳房マッサージ） <input type="checkbox"/> 授乳指導 <input type="checkbox"/> 沐浴指導 <input type="checkbox"/> 乳児の発育・発達等のチェック <input type="checkbox"/> 離乳食・児の栄養について <input type="checkbox"/> 児の預かりによる休養 <input type="checkbox"/> その他必要な保健指導・情報提供（ ）				
結果 所見					
申送 事項					
区への電話連絡		<input type="checkbox"/> 実施なし <input type="checkbox"/> 実施済み			

(別紙)

令和 年 月 日

神戸市産後ケア事業（宿泊・通所）利用者の状況

利用者氏名	
状況	母親の状況
	子どもの状況
	家庭の状況
	配慮すべきこと
担当保健師	電話 () -

(様式8号)

令和 年 月 日

神戸市産後ケア事業（宿泊・通所）委託料請求書

神戸市長あて

所在地				
事業所名			電話 ()	-
代表者名				
振込先	銀行名等			支店
	口座種別	1.普通	2.当座	口座番号
	口座名			
請求書記入者			連絡先	

産後ケア事業（宿泊・通所） 令和 年 月分の利用料について、下記のとおり請求します。

1. 宿泊サービス

- (1) 生活保護世帯 @29,000× 日 (利用日数) = 円
- (2) 市民税非課税世帯 @28,500× 日 (利用日数) = 円
- (3) その他の世帯 @27,000× 日 (利用日数) = 円
- (4) 多胎児補助 @7,000 × 日 (利用日数) = 円

2. 通所サービス

- (1) 生活保護世帯 @19,200× 日 (利用日数) = 円
- (2) 市民税非課税世帯 @19,000× 日 (利用日数) = 円
- (3) その他の世帯 @18,000× 日 (利用日数) = 円
- (4) 多胎児補助 @4,700 × 日 (利用日数) = 円

請求額合計 ¥ 円

※以下、神戸市記入欄

請求関係書類受理日： 令和 年 月 日 受理方法： 郵送 ・ 持参
その他 ()

神戸市産後ケア事業（宿泊・通所） キャンセル料請求書

神戸市長あて

所在地				
事業所名				電話 () -
代表者名				
振込先 ※債権者登録がある 場合は記入不要	銀行名等			支店
	口座種別	1.普通	2.当座	口座番号
	口座名			
請求書記入者			連絡先	

産後ケア事業（宿泊・通所） 令和 年 月分の災害等不測の事態が生じたことによるキャンセル料について、下記のとおり請求します。

対象要件：利用日の前々日 17 時以降に、災害等不測の事態が生じたことを理由としてキャンセルとした場合

1. 宿泊サービス

@ 1,300 × _____ 日（キャンセル日数） = _____ 円

2. 通所サービス

@ 1,000 × _____ 日（キャンセル日数） = _____ 円

請求額合計 ¥ _____ 円

※以下、神戸市記入欄

請求関係書類受理日： 令和 年 月 日 受理方法： 郵送 ・ 持参
その他 ()

(様式9)

神戸市産後ケア事業 (宿泊・通所) 利用メール申込書 (事業所→区役所・支所)
※土日・祝日及び休前日夜間のみ、この申込書は利用可※

区役所・支所保健福祉課

事業者名： _____
(担当者： _____)
連絡先電話： _____

以下の対象者について、産後ケア事業 (宿泊・通所) の利用申し込みがありましたので連絡いたします。

送信日	令和 年 月 日
利用者氏名	(分娩日：R 年 月 日)
住所	神戸市 区 (通・町名までで可)
連絡先電話	— —

(利用者記入欄)

- 以下の利用要件に該当しないと神戸市が判断した場合は、不承認となります。不承認となった場合、事業者が個別に定めた金額全てを利用者が自己負担します。

<利用要件>

- 神戸市に住民票があること
- 産後1年未満であること
- 産後ケアを必要とする者であること
- 母児ともに医療行為が必要でないこと
- 神戸市より利用にあたって、申請内容や現在のお体の状況について確認させていただきます。必ず電話等の連絡に応じてください。

令和 年 月 日

利用にあたって上記内容について同意します。

氏名 (利用者自署) : _____

※必ず「(様式1号-1・2) 神戸市産後ケア事業(宿泊・通所) 利用申請書兼情報提供同意書」を別途提出してください。