



令和7年3月14日

産後ケア事業の集合契約に関する オンライン説明会

兵庫県保健医療部健康増進課

本日の内容

- 1 国の動向、県内の状況
- 2 集合契約に向けた取組み
- 3 集合契約の概要
- 4 集合契約の内容について
 - 基本的な事項
 - 利用の流れ
 - 参考様式



1 国の動向、県内の状況

産後ケア事業（子ども・子育て支援交付金）

拡充

一部推進枠

成育局 母子保健課

令和7年度概算要求額 子ども・子育て支援交付金 90.8億円（一）

※令和6年度までは母子保健医療対策総合支援事業として実施（令和6年度予算額：60.5億円）【平成26年度創設】

事業の目的

○ 退院直後の母子に対して心身のケアや育児のサポート等を行い、産後も安心して子育てができる支援体制の確保を行う産後ケア事業について、少子化の状況を踏まえ、誰もがより安心・安全な子育て環境を整えるため、法定化により市町村の努力義務となった当事業の全国展開を図る。こども家庭センターにおける困難事例などに対する受け皿としても活用する。

※ 従来予算事業として実施されてきた「産後ケア事業」は、母子保健法の一部を改正する法律（令和元年法律第69号）により、市町村の努力義務として規定された（令和3年4月1日施行）

事業の概要

◆ 対象者

産後ケアを必要とする者

R5年度～、事業実施要綱改正あり、**対象者の範囲が拡大**
<産後ケアを必要とする全ての者>

◆ 内容

退院直後の母子に対して心身のケアや育児のサポート等きめ細かい支援を実施する。（利用期間は原則7日以内）

◆ 実施方法・実施場所等

- （1）「宿泊型」 …… 病院、助産所等の空きベッドの活用等により、宿泊による休養の機会の提供等を実施
- （2）「デイサービス型」 …… 個別・集団で支援を行える施設において、日中、来所した利用者に対し実施
- （3）「アウトリーチ型」 …… 実施担当者が利用者の自宅に赴き実施

◆ 実施担当者

事業内容に応じて助産師、保健師又は看護師等の担当者を配置。※ 宿泊型を行う場合には、24時間体制で1名以上の助産師、保健師又は看護師の配置が条件

利用料の減免支援

R4年度～

非課税世帯（5,000円/回）

R5年度～

全ての産婦（2,500円/回）

※宿泊型の平均的な利用料約5,000円の半額

令和7年4月：子ども・子育て支援法の「地域子ども・子育て支援事業」として位置づけられる。

○負担割合：R7年度から**新たに県負担が導入**

～R6年度	R7年度～
国1／2、市町1／2	国1／2、 県1／4 、市町1／4

【参考】産後ケア事業ガイドライン（令和6年10月）

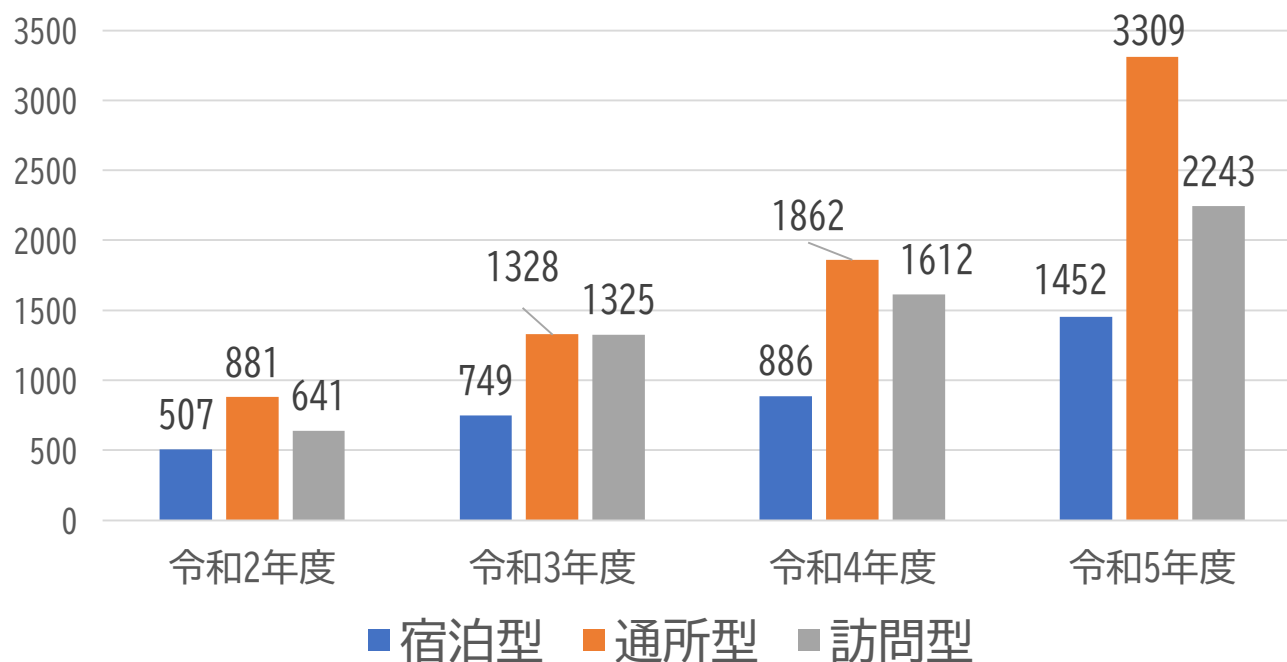
背景

- 産後ケア事業ガイドラインについては、平成29年に策定され、令和2年に改定を行った。その後も事例集の紹介等が行われたほか、実施要綱の改定、通知の発出や調査研究等が実施されてきた。
- 今般、上記を踏まえ、妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援体制の更なる充実を図るため、ガイドラインの改定を行った。

主な改定内容

1	事業の目的	最新の法改正や事務連絡・指針等に合わせた改定	
2	実施主体	→	都道府県の広域支援の役割を追記
3	対象者		ユニバーサルサービスであることの明確化
4	対象時期		
5	実施担当者		
6	事業の種類		
7	実施の方法		
(1)	管理者		
(2)	短期入所（ショートステイ）型	→	新たに見直しをはかった改定 ケアの内容について記載を追加 ○ これまで項目が箇条書きで記載されていたのみであったケアについて、具体的な内容を記載 ○ アセスメントに基づくケアプランの作成、利用終了後の振り返りや今後の支援への連携についての記載を追加 等
(3)	通所（デイサービス）型		
(4)	居宅訪問（アウトリーチ）型		
(5)	ケアの内容		
(6)	産後ケア等サービスに係る利用料		
8	安全に関する留意事項	→	安全に関する内容について記載を追加 ○ 事故防止等に向けた安全対策（児の睡眠中のSIDS予防、児を預かる場合の留意点、緊急時の協力医療機関の選定、重大事案等発生時の対応）について、市町村がマニュアルを作成し、委託事業者と共有・確認することを記載
9	留意すべき点		
10	実施者に対する研修		
11	事業の周知方法		
12	事業の評価		

県内の産後ケア事業実施状況(利用実人数)



R2→R4(2年間)

宿泊型:1.7倍

通所型:2.1倍

訪問型:2.5倍

R4→R5(1年間)

※R5年度～ユニバーサル化

宿泊型:1.6倍

通所型:1.8倍

訪問型:1.4倍

令和6年度の実施状況

区 分	内 容	実施市町数
宿泊型	病院、助産所等に宿泊し、休養の機会の提供やケアを受ける	40
通所型(デイサービス型)	助産所等の施設に通所し、助産師等からケアを受ける	41
訪問型(アウトリーチ型)	助産師等が自宅へ訪問し、ケアを受ける	36

2 集合契約に向けた取組み

全国：産後ケア事業に関する自治体における課題

出典：令和4年子ども・子育て支援推進調査研究事業「産後ケア事業及び産婦健康診査等の「実施に関する調査研究」抜粋

産後ケア事業の実施に際して、国・都道府県に支援してほしいと感じる事柄はありますか。（当てはまるものすべてに○）

■ 国 ■ 都道府県

6.集合契約等域内での契約実務の支援



7.産後ケア受託事業者との情報連携のための書式や連携フローの策定



兵庫県：産後ケア事業の課題

- ・実施機関の偏在
→ 委託先確保に苦慮
- ・各市町が実施機関と個別に契約をするなど事務が繁雑。
- ・住所地外の市町に里帰りをした際に利用できないことが多い。等

集合契約に向けた調整

集合契約の実施に向けた課題

市町によって①～⑦が異なり、**統一**が必要

- ① 対象者、②ケア内容
⇒ **国ガイドライン**に統一
- ③ 金額（契約金額、助成額、自己負担額）
⇒ **契約金額**の統一
- ④ 加算 ⇒ **多胎児加算・要支援加算**を統一
- ⑤ 支払い方法 ⇒ **スキーム**を統一
- ⑥ 安全管理、⑦様式
⇒ **参考様式（ひな形）**を提示

県医師会、県助産師会、市町の意見を聞きながら調整を重ねる

【集合契約参画の意向調査結果】

○ 市町

市町数	R 6年7月	R 6年12月
希望する	23市町(約56%)	29市町(約71%)
検討中	12市町(約29%)	5市町(約12%)
希望しない	6市町(約14%)	7市町(約17%)

回答
138か所
(回答率
80.2%)

○ 産後ケア事業実施機関：172か所

R6年10月	産後ケア事業数
希望する	70か所(約52%)
検討中	49か所(約37%)
希望しない	15か所(約11%)

令和6年12月2日 産後ケア事業研修会の開催 会場参加78人、オンデマンド134人

情報提供

最新情報は、兵庫県のホームページに掲載：随時確認ください

県民向けの情報

実施機関向け
の情報

【実施機関向け】産後ケア事業の集合契約について

産後ケア事業について

産後ケア事業とは

産後のお母さんと赤ちゃんが助産師等に
す。

(産後の体調を整え、育児の不安を解消す

【実施主体】市町

【掲載内容】

産後ケア事業とは
対象
サービス種別
ケア内容

授乳がうまくいかない
飲んででもすぐに泣く

子育ては、
わからないことだらけ
誰か、教えて！

1.産後ケア事業の集合契約とは

兵庫県では、
任を受けた

産後ケア事業
す。

※産後ケア
里帰りの

【掲載内容】

産後ケア事業の集合契約とは
集合契約に参加できる産後ケア事業実施機関

国ガイドライン添付

令和7年4月1日からの集合契約に向けた手続き

市町の窓口連絡先

委任状、申請書、産後ケア事業確認書を添付

R6年度まで

それぞれに様々な条件で契約
(事務が煩雑)

R7年度から

契約条件を統一してまとめて契約(事務が軽減)

3 集合契約の概要

主な市町関連事業 産後ケア事業の集合契約

- 産後の母子に対して心身のケアや育児の相談等を行う産後ケア事業における自治体と医療機関との**集合契約を開始し、市町サービスの充実に向けて検討** [保健医療部]

現況・課題

- R5年度～産後ケアを必要とする全ての者を対象に拡充され、市町が委託する実施機関数や利用者数が増加。
(R5: 112か所→R6:172か所) (R4: 4360人→R5:7004人)
- 市町によって実施機関の偏在、対象・ケア内容・契約金額等が異なる。

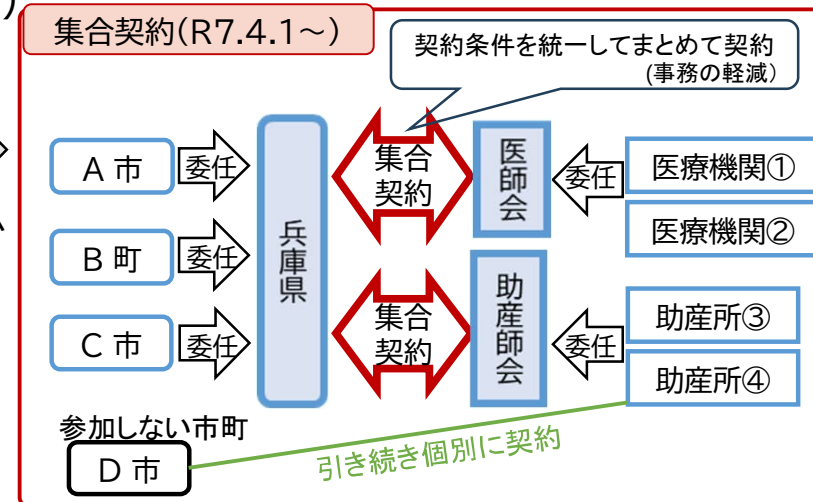
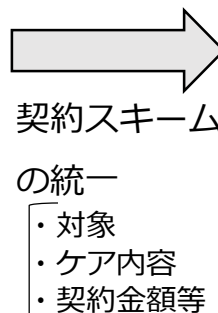
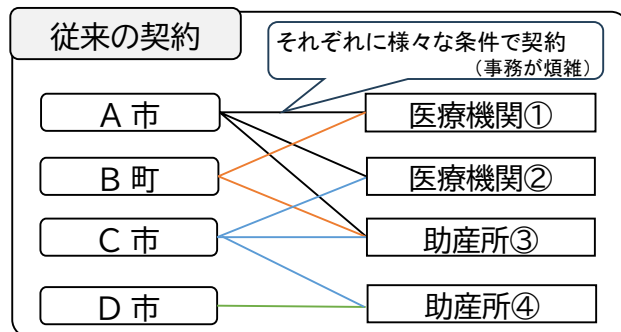
事業内容

- 対象者：産後1年以内の母子で産後ケアを必要とする者
- 実施主体：市町
- 負担割合：国1/2、都道府県1/4、市町1/4 (R7～)
※R6以前は、国1/2、市町1/2

R6年度実績	区分	内容	実施市町数
	宿泊型	病院、助産所等に宿泊し、休養の機会の提供やケアを受ける	40
	通所型(デイサービス型)	助産所等の施設に通所し、助産師等からケアを受ける	41
	訪問型(アウトリーチ型)	助産師等が自宅へ訪問し、ケアを受ける	36

産後ケアの内容

- ①お母さんのからだところのケア
(産後の生活に関するアドバイス、心身の休息)
- ②乳房のケア(乳房マッサージ等)、授乳方法の相談
- ③赤ちゃんのお世話の仕方や相談
(発育発達チェック、離乳食相談、育児相談、
赤ちゃんの抱き方・沐浴・寝かしつけ方等)



市町に協力いただきたい事項

- 産後ケア事業の実施主体として集合契約への参加
- 市町内の産後ケア事業実施機関に対し、集合契約への参加促進

R7年度～
市町サービスの
充実に向けて検討



令和7年4月1日 集合契約の締結 ※令和7年3月14日現在

集合契約：34市町、実施機関124か所

(宿泊型57か所、通所型78か所、訪問型72か所)

産後ケア事業の課題と今後の対応

課 題	対 応	時 期
① 利用者が居住する市町が、 <u>市町域外の施設と契約していない場合、利用できない</u> (全額自己負担)	県が医師会・助産師会と「 集合契約 」を締結することにより解消(改善) ①市町域をまたいで参画実施機関を利可 ②委任することで集合契約が可能 ③参画市町・実施機関の利用対象、ケア内容、契約金額が統一	R7. 4 ~
② 市町ごとに様々な条件で個別契約し、複数との契約が必要であり事務が煩雑		
③ 市町や施設によって、利用できる <u>対象者やケアの内容、契約金額が異なる</u>		
④ 市町ごとに <u>利用できる回数、自己負担額が異なる</u>	市町や実施機関の意見を聞きながら、協議会において、 R7年度に検討 ④利用回数、自己負担額等の統一の是非 ⑤要綱の統一、報告書・請求の統一の是非 ⑥新たな加算の統一 等	R8年 度以降
⑤ 県として市町要綱のひな形を提示しているが、市町ごとに <u>様式が異なる</u>		
⑥ 新たな加算の統一(兄弟加算、生後4か月以降の受け入れ加算) 等		

【6月上旬】協議会での議題照会をメールで実施予定

産後ケア事業の継続課題と対応

集合契約に参加していない市町(9市町)・実施機関があり、個別契約も並行して存在している

全市町、全実施機関が集合契約に参加いただけるよう、市町へのアプローチを継続する。

今後の 情報提供

県民向けの情報

実施機関向け
の情報

最新情報は、兵庫県のホームページに掲載：随時確認ください

産後ケア事業について

産後ケア事業とは

産後のお母さんと赤ちゃんが助産師等に
す。

（産後の体調を整え、育児の不安を解消

【実施主体】市町

【掲載内容】
産後ケア事業とは
対象
サービス種別
ケア内容

きよう支援する事

1.産後ケア事業の集合契約とは

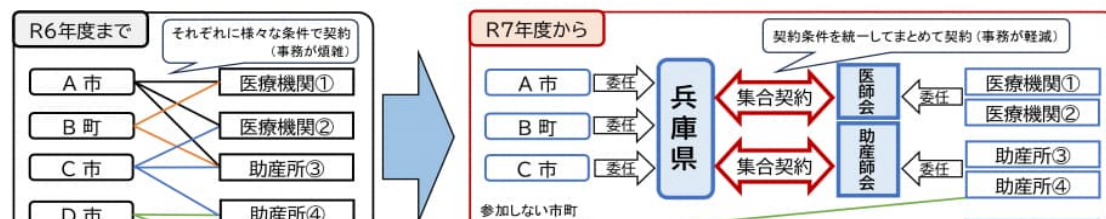
兵庫県では、産後ケア事業の充実・推進を図るため、市町から委任を受けた兵庫県と、産後ケア事業実施機関から委任を受けた一

【掲載内容】

産後ケア事業の集合契約とは
集合契約に参加できる産後ケア事業実施機関
国ガイドライン添付

産後ケア事業
す。

※産後ケア事業実施機関の所在地の市町が集合契約に参加していない場合でも、集合契約に参加している他市町の
里帰りの方に対応することができます。



【追加掲載内容:予定】

市町の窓口一覧:市町のホームページにリンク
県内協力機関の利用可否(集合契約実施の有無)
産後ケア事業協力機関一覧
宿泊型、通所型、訪問型の一覧

【追加、修正掲載内容:予定】

令和7年4月1日以降の集合契約の手続き
市町の窓口連絡先
委任状、申請書、産後ケア事業確認書を添付
医療機関→県医師会 助産所→県助産師会
集合契約に参加する市町の情報
(利用上限、委託料、自己負担額等)

4 集合契約の内容について



集合契約で統一する事項①

15

対象

- 利用期間：産後1年以内(**1歳の誕生日の前日まで**)、流死産を経験して1年以内
- ただし、協力機関でサービス対象・対象月齢は、利用期間内で設定可能です。

参加市町：実施要綱を産後1年以内(**1歳の誕生日の前日まで**)、流死産を経験して1年以内に統一

協力機関：申請書にて、提供可能月齢を確認→協力機関一覧に反映

(産後1年以内を超えない範囲で、協力機関一覧に記入した提供可能月齢を**延長**し、例外的に受けられることは可。ただし、対象を延長する時は、変更申請を提出してください。)

ケアの内容

- ① 母親への保健指導、栄養指導（健康状態の観察、身体的ケア、栄養指導等）
- ② 母親の心理的ケア（EPDS等を活用した相談支援等）
- ③ 適切な授乳ができるためのケア（乳房ケア又は授乳支援等）
- ④ 育児の手技についての具体的な指導及び相談
(発育発達チェック、離乳食相談、育児相談、児の抱き方・オムツ交換・沐浴・寝かしつけ等の指導・相談)

※国の産後ケア事業ガイドライン（R6年10月）

参加市町：実施要綱にて統一

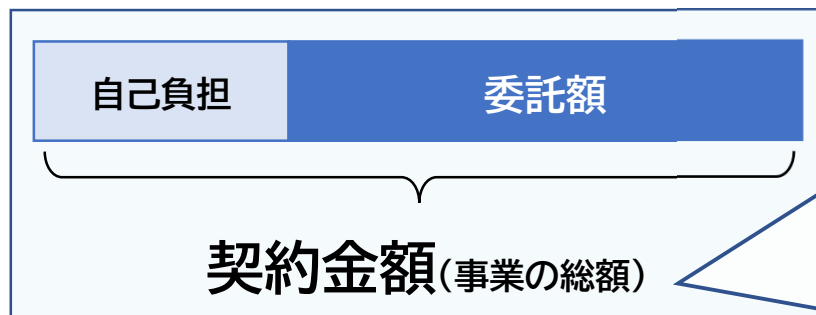
協力機関：委任状、産後ケア事業確認書にて、これらの全てのケアの実施が可能であることを確認

集合契約で統一する事項②

参加市町：契約書、実施要綱にて統一
協力機関：契約金額にご了承いただいた事業所が集合契約に参加

契約金額

- 集合契約の契約金額は下記のとおり統一します。
ただし、委託額、自己負担額の割合は市町が定めます。



- ア 訪問型の契約金額は、交通費を含む。
協力機関は、ケア提供範囲(市町名)を設定します。
- イ 対象経費は、食費、個室、光熱水費等を含む。

宿泊型 **31,000円/日**
通所型 **3,400円/時間**
訪問型 **5,000円/時間**
(訪問型は交通費込み)

時間：30分未満切り捨て、30分以上切り上げ

【多胎加算】 宿泊型7,000円/日
通所型1,000円/時間
訪問型1,000円/時間

【要支援加算】 ※ 宿泊型7,000円/日
通所型 500円/時間
訪問型1,000円/時間

※市町から支援依頼を受け、受入れた場合

オプションとして提供する場合は、費用をわかりやすく提示し、丁寧な説明の上、本人の希望に応じて提供すること。
(本事業に該当しないエステ等の時間を要するサービス時間は、**本事業の実施時間**に含めない→産後ケア事業利用時間外で提供)

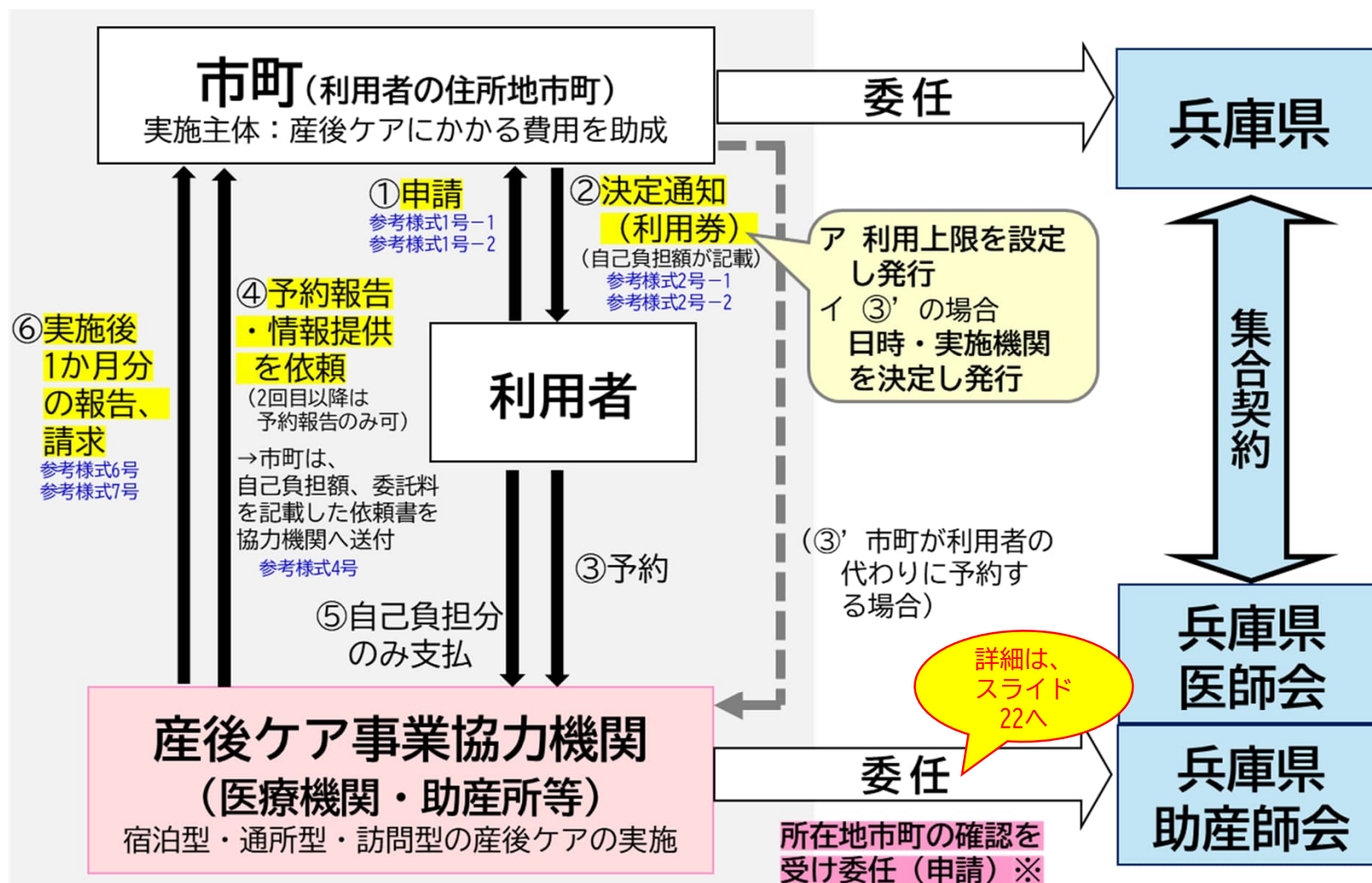
※支援の必要の高い利用者の受け入れ加算(要支援加算)：市町が支援の必要性が高い利用者(要体協、特定妊婦等)として協力機関に支援依頼を行い、協力機関が受け入れ①～④の全ての取組みを行った場合の加算

①アセスメント、②ケアプランの作成、③②に基づくケアの実施・評価、④市町・関係機関との連携

集合契約で統一する事項③

17

利用の流れ



市町：
・市町ホームページに実施要綱、様式等を掲示
・市町によっては、市町から予約を取る場合もある

協力機関：
・(協力機関一覧を元に)利用者もしくは、市町から予約を受ける。
・利用者から予約があった場合は、市町に予約報告を行い、必要時情報提供を依頼する。
(予約方法を限定する場合は、協力機関一覧の備考欄に記載)

※メールを活用する場合には、送付済であることを電話連絡していただけますと幸いです。

【その他】①～⑥の流れは、各市町において、迅速性、利便性を鑑み、電子システム、メール・電話等を活用する場合がある。

※ 集合契約を希望する産後ケア事業実施機関は、所在地の市町に産後ケア事業確認書に基づき承認を得て、集合契約の委任状を提出する。

参加市町の一覧は、県のホームページに公開します。

協力機関:(1)利用者から予約連絡があった場合には、まずは「利用券」の発行を確認の上、予約を受け、市町に予約を報告してください。(その際には、利用者の住所地市町の利用上限を参考にしてください。)

(2)自己負担額、請求額は利用者の住所地市町から送付された「利用依頼書」を確認し、請求してください。(その際には委託料等一覧を参考にしてください。)

(3)市町への予約報告及び情報提供依頼、その他問い合わせは、問い合わせ一覧にご連絡ください

(1)

令和7年度 産後ケア事業集合契約参加市町の利用上限一覧

令和7年3月11日現在

	対象者の利用上限(※)			備考
	宿泊型	通所型	訪問型	
姫路市	7日以内	通所型と訪問型を合わせて21時間以内		
⋮				
南あわじ市	7日以内	7回以内(時間制限なし)	7回以内(時間制限なし)	

(2)

令和7年度 産後ケア事業参加市町の委託料等一覧【契約金額・自己負担・委託料】

	所得区分	【宿泊型】1日あたりの金額							
		1日あたり			多胎児加算：1日あたり			1時	
		①契約金額	②自己負担	③委託料(①-②)	①契約金額	②自己負担	③委託料(①-②)	①契約金額	②自己
姫路市	課税世帯	31,000	5,000	26,000	7,000	0	7,000	3,400	
	非課税世帯	31,000	1,000	30,000	7,000	0	7,000	3,400	

(3)

令和7年度 産後ケア事業参加市町の問合せ先一覧【実施機関向け】

令和7年3月11日現在

	実施機関向け問い合わせ窓口		
	担当部・課・係名	問合せTel	メールアドレス
姫路市	姫路市健康福祉局保健所 こどもの未来健康支援センター	079-263-7863	mirai-kenko@city.himeji.lg.jp
⋮			

協力機関一覧は、県のホームページに公開し、随時更新します。
市町：市町のホームページから、県のホームページへリンクが可能。予約の際に活用してください。
協力機関：記載内容に変更がある場合には、申請書において変更申請をお願いします

産後ケア事業協力機関一覧（宿泊型）

【宿泊型：共通して持参するもの】 ※母子同室を原則とする
利用券、母子健康手帳、保険証、母児の着替え(寝間着含む)、洗面道具、入浴道具
オムツ、おしりふき、ミルク、哺乳瓶、乳首
バスタオル・タオルの必要枚数は、協力機関にお問い合わせください。
必要に応じて、搾乳機、母乳パット、ナブキン、離乳食

※1兄弟利用が可能な場合は、協力機関が独自に費用を設定しています。協力機関に問合せください。

令和7年3月21日 現在

圏域名	市町名	協力機関名	サービス提供場所		電話番号	対象月齢(か月)	利用時間(サービス提供時間)	対応の可否					上記共通した持参以外に必要な物	ホームページアドレス	備考
			郵便番号	住所				乳房マッサージ	多胎	流産死産	兄弟利用(※1)	備考			
1	神戸市東灘区	〇〇助産院	000-0000	神戸市東灘区…	000-0000-0000	0~3	9時~翌17時(32H)	○	○	—	—		スリッパ	http	母子同室で助産師が支援します 詳しくはホームページをご覧ください。
2	阪神北	川西市	□□助産院	000-0000	川西市…	000-0000-0000	0~1歳の誕生日の前日まで	10時~翌10時(24H)	○	○	○	要相談	離乳食の持参は不要	http	一時的な児の預かり可能 離乳食の提供が可能です。

産後ケア事業協力機関一覧（通所型）

【通所型：共通して持参するもの】 ※母子同室を原則とする
利用券、母子健康手帳、保険証、オムツ、おしりふき、ミルク、哺乳瓶、乳首
バスタオル・タオルの必要枚数は、協力機関にお問い合わせください。
必要に応じて、搾乳機、母乳パット、ナブキン、離乳食

※1兄弟利用が可能な場合は、協力機関が独自に費用を設定しています。協力機関に問合せください。

令和7年3月21日 現在

圏域名	市町名	協力機関名	サービス提供場所		電話番号	対象月齢(か月)	利用時間(サービス提供時間)	対応の可否					上記共通した持参以外に必要な物	ホームページアドレス ※ あれば記入ください	備考
			郵便番号	住所				乳房マッサージ	多胎	流産死産	兄弟利用(※1)	備考			
1	東播磨	加古川市	☆☆助産所	000-0000	加古川市…	000-0000-0000	0~6	9時~12時(3H) 13時~16時(3H)	○	○	—	要相談	施設内で過ごすための部屋着	http	昼食時など一時的な児の預かりは可能。ホームページをご覧ください。
2	中播磨	姫路市	●●助産院	000-0000	姫路市…	000-0000-0000	0~1歳の誕生日の前日まで	10時~16時(6H)	○	○	○	要相談	離乳食の持参は不要	http	離乳食が提供可能です。予約時にご相談ください。

産後ケア事業協力機関一覧（訪問型） ※訪問可能地域別（重複あり）

【訪問当日に共通して準備するもの】 利用券、母子健康手帳
※その他必要な物は、相談に応じて訪問を行う助産師等がお伝えします。

令和7年3月21日 現在

〇西播磨圏域（たつの市・太子町・佐用町・宍粟市・相生市・赤穂市・上郡町）への訪問が可能

市町名	協力機関名	電話番号	対象月齢(か月)	訪問可能地域	サービス提供時間	対応の可否			ホームページアドレス ※ あれば記入ください	備考
						乳房マッサージ	多胎	流産死産		
西播磨	★★助産院	000-0000-0000	0~1歳の誕生日の前日まで	赤穂市、相生市、たつの市、太子町、姫路市、高砂市、加古川市、播磨町、稲美町、明石市、	約2H	○	○	○	https	地域によっては、訪問が難しい場合もありますので、ご予約の際にご相談ください。
西播磨	(出張助産師) 兵庫花子	000-0000-0000	0~1歳の誕生日の前日まで	姫路市 福崎町 たつの市 太子町 高砂市 上郡町	約2H、多胎3H	○	○	○	https	乳房ケアのため、バスタオルを1枚ご準備ください。

県の参考様式についての説明



県のひな形を作成しております。

市町：ひな形を活用し、市町の様式を決定してください。協力機関が活用しやすいようR7年3月末頃には市町のホームページに掲載をお願いします。

協力機関：市町のホームページにおいて様式をダウンロードする等、市町の様式を使用いただきますようお願いします。

〇〇市(町)長 様

年 月 日

次のとおり〇〇市(町)産後ケア事業の利用を申請します。(☐ 新規 ☐ 追加)

利用希望者(母親・乳児等)	氏名	生年月日	年	月	日(歳)
	住所	電話			
	※里帰り先住所: (緊急連絡先氏名)	申請者との関係	電話		
	出産医療機関	出産日	☐ 帝王切開 年 月 日(在胎 週)		
	ふりがな 氏名	(第 子)	性別	男・女	出生 体重
ふりがな 氏名	(第 子)	性別	男・女	出生 体重	
※兄弟姉妹のふりがな 氏名	※兄弟姉妹利用は、別途自己負担があります。また、実施機関は少ないため、利用出来ない場合があります。 生年月日 年 月 日 (歳)				
世帯構成	氏名	利用者(養育者)との続柄	生年月日	年齢	職業
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
※上記以外の同居家族			年 月 日		
世帯の区分	該当する世帯区分のいずれかに□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。 ☐ 住民税非課税世帯 ☐ その他(課税世帯)				

利用希望サービス	種別	申請内容	利用希望日(※1)	希望事業所名(※2)
	宿泊型	□ 実施機関の予約 依頼・申請	月 日 ~ 月 日 (泊 日)	第1希望 第2希望
		□ 利用日数のみ申請	希望日数 日間	※利用券受領後、自ら予約をします。
	通所型	□ 実施機関の予約 依頼・申請	月 日(時間) 月 日(時間)	第1希望 第2希望
		□ 利用時間数のみ申請	希望時間 時間	※利用券受領後、自ら予約をします。
訪問型	□ 実施機関の予約 依頼・申請	月 日(時間) 月 日(時間)	第1希望 第2希望	
申請理由・利用目的	□ 母の体調管理	□ 栄養相談	□ 心の休息	□ 身体の休息
	□ 乳房ケア	□ 授乳相談	□ 発達育児チェック相談	□ その他 ()
同意書	① 本申請に関する内容を〇〇市(町)産後ケア事業実施事業者に提供すること及び利用者の健康状態等について事業者から〇〇市(町)に情報提供することに同意します。			
	② 申請にあたり 住民基本台帳による世帯状況、世帯全員の住民税課税状況を調査することに同意します。			
留意事項	利用者氏名			
	利用日数(時間)のみ申請の場合は、利用券受領後、自ら予約を取る必要があります。 ・〇〇市(町)に実施機関への予約も含め依頼し申請する場合は、早めの申請をお願いします。			

【表面の利用アンケートも記入ください】

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 → (いつ頃から) 病名: ()
(3)こころの不調で、カウンセリングや心療内科、精神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 → (いつ頃から) (医療機関名:)
(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 (具体的に:)
(6)里帰りしていますか (帰先: ☐ 実家 ☐ 親実家) ☐ 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:)
(8)ご自身のことで、相談したいことはありますか ☐ いいえ ☐ はい → ()

【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	☐ なし ☐ あり ↓ ()	☐ なし ☐ 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	☐ いいえ ☐ はい ↓ ()	☐ いいえ ☐ 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)	☐ 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)
	食物アレルギーはありますか ☐ いいえ ☐ はい ↓ (具体的に)	食物アレルギーはありますか ☐ いいえ ☐ はい ↓ (具体的に)
(4)排泄状況	便: 回/日 尿: 回/日	便: 回/日 尿: 回/日
(5)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	☐ いいえ ☐ はい → (具体的に)	☐ いいえ ☐ はい → (具体的に)

ご協力ありがとうございます

〇〇市(町)産後ケア事業 利用申請者兼情報提供同意書

参考様式

(注・死産の方内付)

〇〇市(町)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。

〇〇市(町)長 様

年 月 日

次のとおり〇〇市(町)産後ケア事業の利用を申請します (☐ 新規 ☐ 追加)

利用希望者	ふりがな 氏名	生年月日		年 月 日 (歳)	
	住所	〒		電話	
	※里帰り先住所: (緊急連絡先氏名)	申請者との関係		電話	
出産医療機関		時期	☐ 流産 年 月 日 (在胎 週)	☐ 死産 年 月 日 (在胎 週)	
世帯構成	氏名	利用者(養育者)との続柄	生年月日	年齢	職業
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
※上記以外の同居家族			年 月 日		
世帯の区分	該当する世帯区分のいずれかに☑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。 ☐ 住民税非課税世帯 ☐ その他(課税世帯)				

【※】ご希望に添えない場合もありますので、予めご了承ください。

利用希望サービス	種別	申請内容	利用希望日【※1】	希望事業所名【※1】
	☐ 宿泊型	☐ 実施機関の予約 依頼・申請	月 日 ~ 月 日 (泊 日)	第1希望 第2希望
		☐ 利用日数のみ申請	希望日数 日間	※利用券受領後、自ら予約をします。
	☐ 通所型	☐ 実施機関の予約 依頼・申請	月 日 (時間) 月 日 (時間)	第1希望 第2希望
		☐ 利用時間数のみ申請	希望時間 時間	※利用券受領後、自ら予約をします。
	☐ 訪問型	☐ 実施機関の予約 依頼・申請	月 日 (時間) 月 日 (時間)	第1希望 第2希望
☐ 利用時間数のみ申請	希望時間 時間	※利用券受領後、自ら予約をします。		
	申請理由・利用目的	☐ 体調管理 ☐ 栄養相談 ☐ 心の休息 ☐ 身体の休息 ☐ 乳房ケア ☐ その他 ()		
同意書	① 本申請に関する内容を〇〇市(町)産後ケア事業実施事業者に提供すること及び利用者の健康状態等について事業者から〇〇市(町)に情報提供することに同意します。 ② 申請にあたり 住民基本台帳による世帯状況、世帯全員の住民税課税状況を調査することに同意します。			
	利用者氏名			
留意事項	・利用日数(時間)のみ申請の場合は、利用券受領後、自ら予約を取る必要があります。 ・〇〇市(町)に実施機関への予約も含め依頼し申請する場合は、早めの申請をお願いします。			

【表面の利用アンケートも記入ください】

【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) ところの体調で、カウンセリングや心療内科、精神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 → (いつ頃から:) (医療機関名:)
(4) 食物等のアレルギーはありますか (具体的に:)
(5) 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



〇〇市(町)産後ケア事業 利用券

参考様式

発行番号			発行日	年 月 日	
利用希望者(母親・乳児等)	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)	
	住所	〒	電話		
	※里帰り先住所: (緊急連絡先氏名)		申請者との関係	電話	
出産医療機関	出産日		帝王切開	☐ 帝王切開	
ふりがな 児氏名	(第 子)	性別	男・女	出生 体重	g
多胎の場合 ふりがな 児氏名	(第 子)	性別	男・女	出生 体重	g
多胎の場合 ふりがな 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	承認日・時	承認事業所名
☐	宿泊型	☐ 実施機関の予約依頼者	月 日 ~ 月 日 (泊 日)	住所 電話番号
		☐ 利用日数のみ申請者	利用上限 日間 ※利用券受取後、自ら要予約 利用期間: 産後1年以内 年 月 日 まで	
	通所型	☐ 実施機関の予約依頼者	月 日 (時間) 月 日 (時間)	住所 電話番号
		☐ 利用時間数のみ申請者	利用上限 時間 ※利用券受取後、自ら要予約 利用期間: 産後1年以内 年 月 日 まで	
	訪問型	☐ 実施機関の予約依頼者	月 日 (時間) 月 日 (時間)	住所 電話番号
		☐ 利用時間数のみ申請者	利用上限 時間 ※利用券受取後、自ら要予約 利用期間: 産後1年以内 ~ 年 月 日 まで	
依頼内容				
☐ 母の体調管理 ☐ 母の栄養相談 ☐ 心の休息 ☐ 身体への休息 ☐ 乳児ケア ☐ 授乳相談 ☐ 発達障害チェック相談 ☐ その他 () ☐ 離乳食相談 ☐ 育児相談 ☐ 沐浴指導 ☐ 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基本額 円	①基本額 円	①基本額 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 0 円	1時間あたりの負担額(①②) 計 0 円	1時間あたりの負担額(①②) 計 0 円
※利用変更又は利用中止がある場合は、速やかに事業所に連絡ください。 ※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。事業者から請求がありますので直接お支払いください。 自己負担額は、利用当日に実施事業者へ直接お支払いください。			
区分	☐ 住民税非課税世帯 ☐ 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。必ずご確認ください。

●問合せ先は、裏面に記載しています。

●アンケートは利用ごとに回答をお願いします。

利用後アンケートのQRコードを添付、アンケートを同封するなど工夫ください



産後ケア事業の利用券について

〇〇市(町)では、産後ケア事業の費用助成を行っています。

この利用券を、産後ケア事業協力機関に提示することで、利用券に記載しているサービスを受けられます。

【問合せ先】

〇〇市(町)

課

住所: 〒

電話:

FAX:

【留意事項】

産後ケア事業協力機関の皆さまへ(兵庫県集合契約参加機関)

- この利用券は、産後ケア事業協力機関のみの使用となります。請求額は利用券の記載の範囲となります。
- この利用券は、〇〇市(町)外へ転出された場合は使用できません。
- オプションサービスを実施する場合は、利用者に説明を行い自己負担になる旨の了解を得た上で、実費の徴収をしてください。
- キャンセル料を設定した場合、直接利用者に請求することになります。利用者へ事前の丁寧な説明をお願いします。(キャンセル発生時期、金額等)
- 利用上限があります。利用時は下記「産後ケア事業利用記録表」に記入をお願いします。また、母子健康手帳にも記入をお願いします。
- 利用報告書に必要事項を記入の上、1か月分をまとめ、請求書を添えて、実施機関から直接〇〇市(町)〇〇課へ、翌月10日までに提出してください。※市町独自の様式を使用する場合もあります。各市町のホームページ等を確認ください。

利用者の皆さまへ

- 兵庫県内の産後ケア事業協力機関のみの利用となります。産後ケア事業を受ける場合は、必ずこの利用券を実施機関に提示ください。
- この利用券で受けられるサービスは、利用券のとおりです。負担額については、利用当日に実施機関へ直接お支払いください。
負担額がない場合は表示なし。
- この利用券に記載している実施内容(依頼内容)以外の利用や、オプションサービスを利用した場合は、利用者の実費負担となりますので、実施事業所へ直接お支払いください。
- 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。利用前にキャンセル料の発生時期やキャンセル料等、確認した上で利用をお願いします。事業者から請求がありますので直接お支払いください。
- 申請時に事業所の予約依頼を行った場合は、記載の承認日・時、承認事業所のみ有効です。
- 利用日数(時間数)のみ申請の場合は、承認日・時を超えての利用は、実費負担となります。
- 利用上限があります。利用時は下記「産後ケア事業利用記録表」を記入してもらってください。また、母子健康手帳にも記入を記入してもらってください。
- この利用券は、本人以外には使用できません。
- この利用券は、〇〇市(町)外へ転出された場合は使用できません。(転出される場合は、新住所の市町へお問い合わせください。)

産後ケア事業利用記録表

種別	利用日時	事業所名	担当者サイン
宿泊型	令和 年 月 日 ~ 月 日 日間		
	令和 年 月 日 ~ 月 日 日間		
	令和 年 月 日 ~ 月 日 日間		
通所型	令和 年 月 日 : ~ : 時間		
	令和 年 月 日 : ~ : 時間		
	令和 年 月 日 : ~ : 時間		
訪問型	令和 年 月 日 : ~ : 時間		
	令和 年 月 日 : ~ : 時間		
	令和 年 月 日 : ~ : 時間		

〇〇市(町)産後ケア事業利用後のアンケート

今後の産後ケア事業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。

(1)今回の利用内容をご記入ください。

利用したサービス事業所名

利用したサービス ☐ 宿泊型(泊 日)
☐ 通所型(時間)
☐ 訪問型(時間)

(2)産後ケア事業を利用していかがでしたか。

☐ とてもよかった ☐ よかった ☐ 普通 ☐ あまりよくなかった ☐ よくなかった

(3)上記回答をした理由を記入ください。

(4)産後ケア事業を利用する理由となった困りごとが改善されましたか

利用の理由となった困りごと	改善状況	選択の理由
☐ 身体の不調 ↓内容	☐ 改善した ☐ やや改善した ☐ どちらでもない ☐ あまり改善しなかった ☐ 改善なし	
☐ 心の不調 ↓内容	☐ 改善した ☐ やや改善した ☐ どちらでもない ☐ あまり改善しなかった ☐ 改善なし	
☐ 家族や生活に関する困りごと ↓内容	☐ 改善した ☐ やや改善した ☐ どちらでもない ☐ あまり改善しなかった ☐ 改善なし	
☐ 授乳に関する困りごと ↓内容	☐ 改善した ☐ やや改善した ☐ どちらでもない ☐ あまり改善しなかった ☐ 改善なし	
☐ 育児の手技に関する困りごと ↓内容	☐ 改善した ☐ やや改善した ☐ どちらでもない ☐ あまり改善しなかった ☐ 改善なし	
☐ その他 ↓内容	☐ 改善した ☐ やや改善した ☐ どちらでもない ☐ あまり改善しなかった ☐ 改善なし	

(5)産後ケア事業に関するご意見等があれば記入ください



〇〇市(町)産後ケア事業 利用券
(案)参考様式
(※児童の方内付)

発行番号		発行日	年 月 日
利用希望者	氏名	生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	電話	
	※里帰り先住所: (緊急連絡先氏名)	申請者との関係	電話
	出産医療機関	時期	年 月 日 (在胎 週)

種別	承認内容	承認日・時	承認事業所名
承認サービス	宿泊型	☐ 実施機関の予約依頼者	月 日 ~ 月 日 (泊 日) 住所 電話番号
		☐ 利用日数のみ申請者	利用上限 日間 ※利用券受理後、自ら要予約 利用期間:産後1年以内 年 月 日 まで
	通所型	☐ 実施機関の予約依頼者	月 日 (時間) ~ 月 日 (時間) 住所 電話番号
		☐ 利用時間数のみ申請者	利用上限 時間 ※利用券受理後、自ら要予約 利用期間:産後1年以内 年 月 日 まで
	訪問型	☐ 実施機関の予約依頼者	月 日 (時間) ~ 月 日 (時間) 住所 電話番号
		☐ 利用時間数のみ申請者	利用上限 時間 ※利用券受理後、自ら要予約 利用期間:産後1年以内 年 月 日 まで
依頼内容	☐ 体調管理 ☐ 栄養相談 ☐ 心の休息 ☐ 身体の休息 ☐ 乳房ケア ☐ その他 ()		

	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)
自己負担額	1日あたりの負担額(①②)	1時間あたりの負担額(①②)	1時間あたりの負担額(①②)
	計 円	計 円	計 円
区分	☐ 市民税非課税世帯 ☐ 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。必ずご確認ください。
 ●問合せ先は、裏面に記載しています。
 ●アンケートは利用ごとに回答をお願いします。

利用後アンケートのQRコードを添付、アンケートを同封するなど工夫ください



産後ケア事業の費用助成について

〇〇市(町)では、産後ケア事業の費用助成を行っています。
 この利用券を、産後ケア実施機関に提出すると、産後ケアにおいて額面の助成が受けられます。

【問合せ先】

〇〇市(町)

課

住所: 〒

電話:

FAX:

【留意事項】

産後ケア事業協力機関の皆さまへ(兵庫県の集合契約参加機関)

- この利用券は、産後ケア事業協力機関のみの使用となります。請求額は利用券の記載の範囲となります。
- この利用券は、〇〇市(町)外へ転出された場合は使用できません。
- オプションサービスを実施する場合は、利用者に説明を行い自己負担になる旨の了解を得た上で、表裏の徴収をしてください。
- キャンセル料を設定した場合、直接利用者に請求することになります。利用者へ事前の丁寧な説明をお願いします。(キャンセル発生時期、金額等)
- 利用上限があります。利用時は下記「産後ケア事業利用記録表」に記入をお願いします。また、母子健康手帳にも記入をお願いします。
- 利用報告書に必要事項を記入の上、1か月分をまとめて、請求書を添えて、実施機関から直接〇〇市(町)〇〇課へ、翌月10日までに提出してください。
※市町独自の様式を使用する場合があります。各市町のホームページ等を確認ください。

利用者の皆さまへ

- 兵庫県の産後ケア事業協力機関のみの利用となります。産後ケア事業を受ける場合は、必ずこの利用券を実施機関に提示ください。
- この利用券で受けられるサービスは、利用券のとおりです。負担額については、利用当日に実施機関へ直接お支払いください。
負担額がない場合は表示なし。
- この利用券に記載している実施内容(依頼内容)以外の利用や、オプションサービスを利用した場合は、利用者の実費負担となりますので、実施事業所へ直接お支払いください。
- 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。利用前にキャンセル料の発生時期やキャンセル料等、確認した上で利用をお願いします。事業者から請求がありますので直接お支払いください。
- 申請時に事業所の予約依頼を行った場合は、記載の承認日・時、承認事業所のみに有効です。
- 利用日数(時間数)のみ申請の場合は、承認日・時を超えての利用は、実費負担となります。
- 利用上限があります。利用時は下記「産後ケア事業利用記録表」を記入してもらってください。また、母子健康手帳にも記入を記入してもらってください。
- この利用券は、本人以外には使用できません。
- この利用券は、〇〇市(町)外へ転出された場合は使用できません。(転出される場合は、新住所の市町へお問い合わせください。)

産後ケア事業利用記録表

種別	利用日時				事業所名	担当者 サイン
宿泊型	令和	年	月	日 : ~ :	日間	
	令和	年	月	日 : ~ :	日間	
	令和	年	月	日 : ~ :	日間	
通所型	令和	年	月	日 : ~ :	時間	
	令和	年	月	日 : ~ :	時間	
	令和	年	月	日 : ~ :	時間	
訪問型	令和	年	月	日 : ~ :	時間	
	令和	年	月	日 : ~ :	時間	
	令和	年	月	日 : ~ :	時間	

〇〇市(町)産後ケア事業利用後のアンケート

参考様式
(流・死産の方向け)

今後の産後ケア事業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。

(1) 今回の利用内容をご記入ください。

利用したサービス事業所名

利用したサービス ☐ 宿泊型(泊 日)
☐ 通所型(時間)
☐ 訪問型(時間)

(2) 産後ケア事業を利用していかがでしたか。

☐ とてもよかった ☐ よかった ☐ 普通 ☐ あまりよくなかった ☐ よくなかった

(3) 上記回答をした理由を記入ください。

(4) 産後ケア事業を利用する理由となった困りごとが改善されましたか

利用の理由となった困りごと	改善状況	選択の理由
☐ 身体の不調 ↓ 内容	☐ 改善した ☐ やや改善した ☐ どちらでもない ☐ あまり改善しなかった ☐ 改善なし	
☐ 心の不調 ↓ 内容	☐ 改善した ☐ やや改善した ☐ どちらでもない ☐ あまり改善しなかった ☐ 改善なし	
☐ 家族や生活に関する困りごと ↓ 内容	☐ 改善した ☐ やや改善した ☐ どちらでもない ☐ あまり改善しなかった ☐ 改善なし	
☐ その他 ↓ 内容	☐ 改善した ☐ やや改善した ☐ どちらでもない ☐ あまり改善しなかった ☐ 改善なし	

(5) 産後ケア事業に関するご意見等があれば記入ください



○第○号
年 月 日

様

〇〇市(町)

〇〇市(町)産後ケア事業 利用不承認通知書

令和 年 月 日付けで申請のありました〇〇市(町)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	☐ 宿泊型 ☐ 通所型 ☐ 訪問型	
不承認理由		

【問合せ先】

〇〇市(町) 課
〒 住所:
電話: FAX:

○第○号
年 月 日

産後ケア事業実施事業者 御中

〇〇市(町)

〇〇市(町)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
申請者氏名	生年月日	年 月 日 (歳)
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 ☐ 様式1号-1 ☐ 様式1号-2	
利用日	別添「産後ケア事業利用券」の写しのとおり ☐ 様式2号-1 ☐ 様式2号-2	
区分	☐ 住民税非課税世帯 ☐ 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 (定額)	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(①②③) 計 31,000 円	1時間あたりの契約額(①②③) 計 3,400 円	1時間あたりの契約額(①②③) 計 5,000 円
自己負担額	①基本額 円	①基本額 円	①基本額 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日あたりの負担額(①②③) 計 0 円	1時間あたりの負担額(①②③) 計 0 円	1時間あたりの負担額(①②③) 計 0 円
委託料	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 0 円	②多胎加算 0 円	②多胎加算 0 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 31,000 円	1時間あたりの委託料(①②③) 計 3,400 円	1時間あたりの委託料(①②③) 計 5,000 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

事業所への連絡事項

☐ 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
------	------

〇〇市(町)産後ケア事業 利用変更連絡票

〇〇市(町)〇〇課 行

年 月 日

事業所名

担当者

連絡先(電話)

貴市(町)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	
利用日	別添産後ケア事業利用券の写しのとおり ☐ 様式2号-1 ☐ 様式2号-2		

変更項目	☐ 宿泊型	☐ 通所型	☐ 訪問型
変更前 承認利用日	月 日 ~ 月 日 (泊 日)	月 日 (時間) 月 日 (時間)	月 日 (時間) 月 日 (時間)
変更後 ☐ 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)
☐ 中止	☐ 利用中止	☐ 利用中止	☐ 利用中止
変更理由			

※ この連絡票は、〇〇市(町)が予約調整を行い、利用券に利用日・時・事業所が記載されている場合の変更に限る。

※ 利用上限の日数・時間数のみの利用券の場合は、〇〇市(町)への利用変更連絡票の提出は不要。ただし、変更があったことを〇〇市(町)へ連絡をする必要がある。

〇〇市(町)産後ケア事業 利用報告書

〇〇市(町)長 様

年 月 日

事業所名

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		児氏名	(月齢 か月)
利用者氏名		児氏名	(月齢 か月)
住所	〒	電話	

種別	利用日	※委託料(基本額+加算) 委託料=請求額
☐ 宿泊型	年 月 日 ~ 年 月 日 (泊 日)	1日あたりの委託料 円 × 日間 請求額 0 円
☐ 通所型	年 月 日 : ~ : (時間) 年 月 日 : ~ : (時間)	1時間あたりの委託料 円 × 時間 請求額 0 円
☐ 訪問型	年 月 日 : ~ : (時間) 年 月 日 : ~ : (時間)	1時間あたりの委託料 円 × 時間 請求額 0 円
		合計額 0 円

実施内容	①産婦への保健指導・栄養指導 ☐ 体調管理 (内容:) ☐ 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) ☐ 乳房ケア ☐ 授乳相談 ☐ その他 () ④育児の手技についての具体的な指導及び相談 ☐ 離乳食相談 ☐ 育児相談 ☐ 沐浴指導 ☐ その他 () ☐ その他:本事業の対象内容() ☐ その他オプション ()
------	---

産婦の状況	血圧: / mmHg EPDS: 点 (実施した場合記載) 睡眠: ☐ 良 ☐ 不良 睡眠: 時間 体調: ☐ 良 ☐ 不良 乳房の状態: 育児の協力者: ☐ 無 ☐ 有 () 特記事項: ☐ 別添記録添付あり
-------	---

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

実施結果 (課題解決状況等)	産後ケア事業で継続支援の必要性 ☐ 無 ☐ 有 ()
-------------------	--

市(町)行政での 支援の必要性 ※支援が必要な場合は、速やかに連絡ください	☐ 支援不要 ☐ 要支援 ⇒ ☐ 連絡済 (/) ※連絡方法をチェックしてください 【連絡方法】 ☐ 養育支援ネット ☐ 〇〇市(町)〇〇課 (電話:)
---	--

担当者

連絡先(電話)

要支援加算該当者の利用状況報告書

参考様式

※要支援加算該当者については、利用1回ごとに〇〇市(町)に利用状況の報告をお願いします。

種別 利用日	☐ 宿泊型	年 月 日 ~ 年 月 日 (泊 日)
	☐ 通所型	年 月 日 : ~ : (時間)
	☐ 訪問型	年 月 日 : ~ : (時間)
①アセスメント	☐ 別添のアセスメントシート(/)のとおり	
②ケアプラン		
③実施・評価		
④市町への連絡	☐ 市町への連絡済み(/)	

種別 利用日	☐ 宿泊型	年 月 日 ~ 年 月 日 (泊 日)
	☐ 通所型	年 月 日 : ~ : (時間)
	☐ 訪問型	年 月 日 : ~ : (時間)
①アセスメント	☐ 別添のアセスメントシート(/)のとおり	
②ケアプラン		
③実施・評価		
④市町への連絡	☐ 市町への連絡済み(/)	

(様式7号)

〇〇市(町)産後ケア事業 請求書

参考様式

〇〇市(町)長 様

産後ケア事業(〇年〇月分)について、下記のとおり請求します。

請求額 円 0

年 月 日

実施事業所 所在地
名称
代表者名

【振込先】

金機関名	銀行・信用金庫	支店	口座種別	1普通 2当座
(フリガナ) 口座名義人	口座番号			
請求書記入者	連絡先電話			

【集計表】

(※1)EPDS高値(9点以上)⇒1 8点以下⇒0 実施なし⇒空欄

発行 番号	利用者氏名	利用数			EPDS 高値 (延回数) (※1)	今後 方針 (延回数)	加算 (延回数)	所得 区分 (延回数)	委託料 (基本額+加算)	利用日・ 時間	合計請求額
		宿泊型	通所型	訪問型							
		延回数	延回数	延回数							
記載例1	兵庫 花子	1	3	2	4	1	2	1	宿泊:1日あたり 通所:1時間あたり 訪問:1時間あたり	3日 時間 4時間	113,000
記載例2	兵庫 咲	1	5			1	1	1	宿泊:1日あたり 通所:1時間あたり 訪問:1時間あたり	5日 時間 時間	177,500
1									※市町が養育世帯の自己負担額を1日あたり2,500円と設定した 場合:委託料(31,000円-2,500円)+要支援加算7,000円	日 時間 時間	0
2									通所	時間	0
3									訪問	時間	0
4									宿泊	日	0
5									通所	時間	0
									訪問	時間	0
計		0	0	0	0	0	0	0		時間	0

※市町記入欄

型ごとの実人数 0 0 0 0

(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
産後ケア事業
☐ 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

☐ 治療に要する期間が30日以上で重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。
・水色のセルはブルダウニングより選択してください。

施設情報	施設名		施設設置者 (法人・法人名・自治体名等)	
	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 (該当するものをすべてに)		☐ 宿泊(ショートステイ)型 ☐ 通所(デイサービス)型 ☐ 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	子どもの月齢 か月 日	子どもの性別	多胎児の場合は
	利用開始日 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】 (経過の経緯)		
		【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、別途添付で任意様式で作成し、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保護(市町村一施設所在地を都道府県を理由して隠す)を要し、施設所在地と委託先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。(協議・連携・報告の場合同様に、所在地の市町村に報告ください。)

・第1報は発症(または)死亡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には、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)



基本情報

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・市町村)			施設・事業所代表者等	
施設・事業所選別			施設・事業所設置者等 (親和・法人名・種別等)	
認可・認可外の区分			施設・事業開始年月日 (開設、認可、廃業開始)	

事故に遭ったこどもの情報

事故に遭ったこどもの情報			
こどもの年齢(月齢) (※ 保護者の方にはお読みください)			こどもの性別
施設入所年月日 (入所年月日、事業利用開始年月日 等)			所属クラス等 (※ 保護者の方にはお読みください)
特記事項 (事故と関係がある時、アレルギー、既往歴、発育・発達状況 等)			

事故発生時の状況

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・教 員後見児童支援員・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	児童	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 (当日全園時からの健康状況、発生後の 経過をまとめて可能な限り詳細に記 述、第1種で可能な範囲で記載し、第2 種以降で修正。)									
事故発生後の対応 (送急搬送を行う(行った)理由にはそ の予定(実績)、第2種以降で追記。)									

※ 第1報は、本報告書(表紙)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。
(兵庫県立社会福祉の会は、事業所一施設所長を統括一報を經由して国に報告を行います。)
 ※ 直前・直後の指導監督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。
 ※ 意識不明の場合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(骨折脱臼、若い運動障害、若い変形等)が疑われることと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った場合は、「産後ケア事業重篤等発生時報告様式」(産後7年3事業における重大事業等発生時の報告記載等について(依頼))の(令和7年3月21日付、こども家庭庁成育局母子保護課広域連絡)別添3で報告してください。
 ※ 記載欄は適宜応じて記載してください。

教育・保育施設等事故報告書

ソ外面

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】			

八一面

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

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

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

自身体コメント **必須**

(自由校による卒業生への巡回公演等を実施していただき、施設・運営等は記載したいです(ごあい)

【施設・事業所別の報告先】

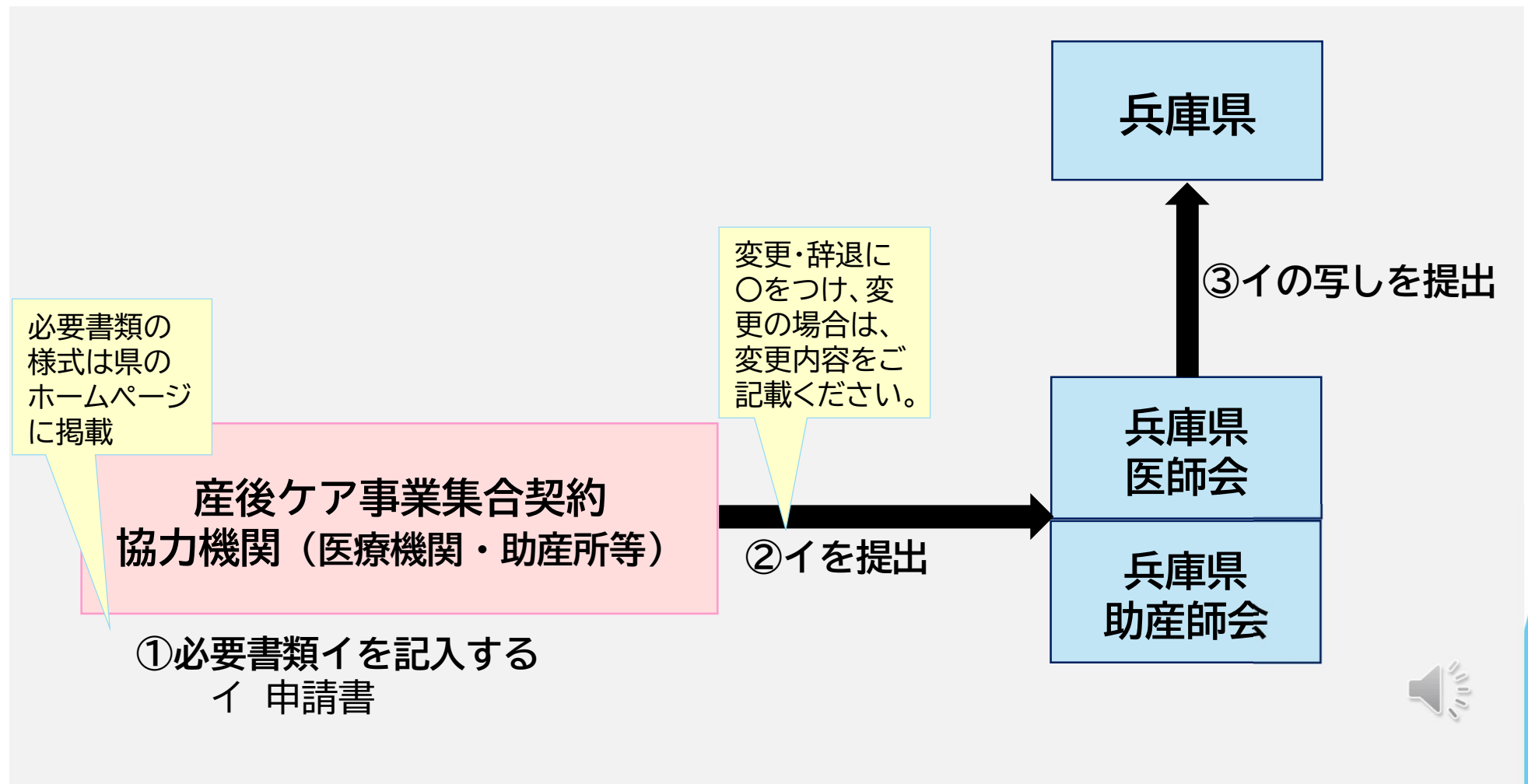
① 特定暴力・脅迫活動(総時間、総参加者数などとも関係なく)、特定施設特定活動、一時的暴力事案(総時間、総参加者数などとも関係なく)と重複する場合を除く)、特定暴力事案(総時間、総参加者数などとも関係なく)と重複する場合を除く。)及び認可外暴力団(特定暴力団を指す場合を含む)。 ② 総時間、総参加者数などとも関係なく。 ③ 認可外暴力団(特定暴力団を指す場合を含む)と重複する場合を除く)。 ④ 認可外暴力団(特定暴力団を指す場合を含む)と重複する場合を除く)。 ⑤ 特定暴力・脅迫活動(総時間、総参加者数などとも関係なく)、特定施設特定活動、一時的暴力事案(総時間、総参加者数などとも関係なく)と重複する場合を除く)、特定暴力事案(総時間、総参加者数などとも関係なく)と重複する場合を除く。)及び認可外暴力団(特定暴力団を指す場合を含む)。	※ 警察側実態報告台帳(警察側実態報告台帳) ① こども家庭庁(成育局)成育環境課総合支援係 (sakuran.kyokumen@chfga.jp) ② 子育て支援活動支援事業(ショートステイ、ワイルドステイ)、子育て支援活動支援事業及び児童育成支援活動支援事業 ③ こども家庭庁(成育局)成育環境課家庭支援係 (sakuran.kyokumen@chfga.jp) ④ 子育て支援活動支援事業(ファミリーサポートセンター事業) ⑤ こども家庭庁(成育局)成育環境課子育て支援係 (sakuran.kyokumen@chfga.jp) ⑥ 児童虐待対応支援事業(こども家庭庁) ⑦ こども家庭庁(成育局)成育環境課地域支援係 (sakuran.kyokumen@chfga.jp) ⑧ 児童虐待対応支援事業 ⑨ こども家庭庁(成育局)成育環境課子育て支援係 (sakuran.kyokumen@chfga.jp)
---	--

【全施設・事業所共通の報告先】

※ 「施設・事業所別の報告先」及び「全施設・事業所共通の報告先」とともに報告をお願いします。

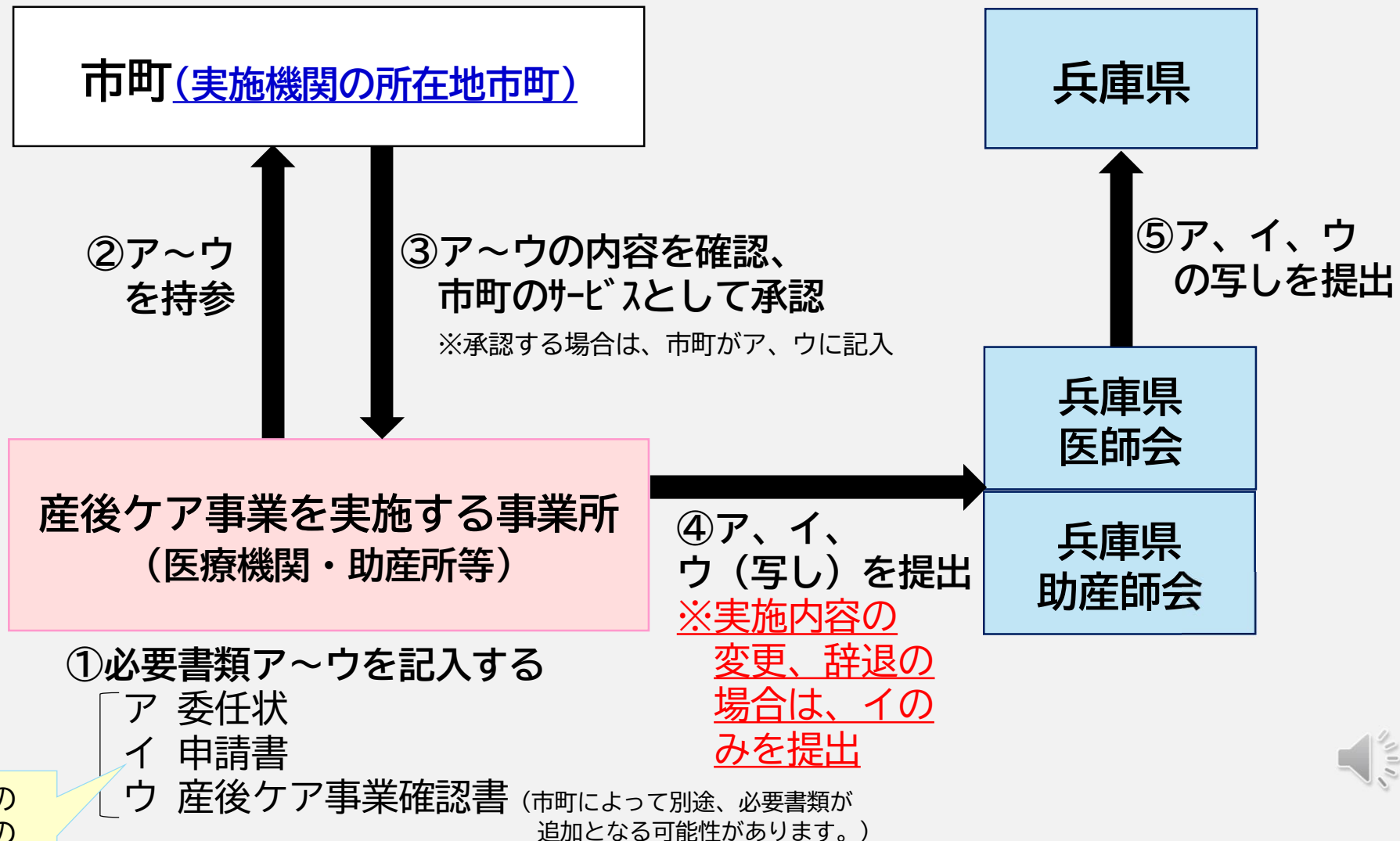
協力機関の変更・辞退申請の流れ

※R7.4.1からの書類の提出は委任先（県医師会・県助産師会）へ



(参考) 協力機関の新規申請の流れ

※R7.4.1からの書類の提出は委任先（県医師会・県助産師会）へ



必要書類の様式は県のホームページに掲載

ご静聴ありがとうございました

