



記入上の注意・申請者は太枠内のみ記入してください。

申請日				利用者番号			
申請者氏名	フリガナ			フリガナ			
住所	生年月日			児の氏名			
	生年月日			生年月日			
住所	<input type="checkbox"/> 尼崎市に住民登録しています						
電話	日中連絡のとれる連絡先			緊急連絡先	氏名	続柄	
				電話			
世帯構成	氏名	続柄	生年月日	職業	備考		
所得区分							
○母親の状況について							
・妊娠中の異常 ・不妊治療歴 ・健康状態 ・アレルギーの有無							
○お子さんの状況について							
出生体重	グラム	在胎週数	週	出生時の異常			
妊婦健診	医療機関名			出生場所	医療機関名		
現在の健康状態							
○育児の状況について							
・授乳方法 ・離乳食 ・(児)アレルギーの有無 ・育児の協力者							
○産後ケアの利用について							
申請理由				相談内容			
希望する							
利用希望日				希望事業者			

(様)

尼崎市長

尼崎市宿泊・通所型産後ケア事業利用承認通知書

年 月 日付で申請のありました尼崎市宿泊・通所型産後ケア事業について、次のとおり承認します。

利用事業者	事業者名	
	所在地	
	電話番号	
利用サービス		
利用期間		
利用日数上限		
初回利用日		
世帯区分		
利用料		
留意事項	<p><利用者負担について></p> <ul style="list-style-type: none">サービス利用に際し発生する必要経費や、各事業者が実施しているオプションサービスの利用料金は実費負担となります。実費負担分は事業者に直接お支払いください。利用回数上限を超えて利用した場合は、事業者へ費用の全額をお支払いいただくことになります。市の助成はありませんのでご注意ください。 <p><宿泊サービスの日数について></p> <ul style="list-style-type: none">日数を分割して利用することが可能です。分割して利用しても通算の泊数は6泊が限度です。(例1) 1回利用 ①6泊7日(例2) 2回利用 ①2泊3日 ②4泊5日2回目以降の利用は事業者に直接連絡して下さい。 <p><利用を変更または中止する場合></p> <ul style="list-style-type: none">申請した内容に変更が生じた場合は、速やかに申請した窓口にご連絡の上、尼崎市宿泊・通所型産後ケア事業変更届出書(様式第5号)を提出してください。日程を変更または中止する場合は、直接事業者にご連絡ください。なお、事業者が定める期限までに連絡がない場合はキャンセル料が発生する場合がありますのでご注意ください。	
問い合わせ先		

様

尼崎市長

尼崎市宿泊・通所型産後ケア事業利用不承認通知書

年 月 日付で申請のありました尼崎市宿泊・通所型産後ケア事業の利用について、次の理由により不承認としましたので通知します。

申請者	氏名(母親)	
	住所	
	電話番号	
不承認理由		
問い合わせ先		

様

尼崎市長

尼崎市宿泊・通所型産後ケア事業実施依頼書

尼崎市宿泊・通所型産後ケア事業の利用を承認しましたので、次のとおり依頼します。

利用者	氏名(母)	
	住所	
	電話番号	
利用サービス		
利用期間		
利用日数上限		
初回利用日		
世帯区分		
利用料		
添付書類	尼崎市宿泊・通所型産後ケア事業利用申請書（様式第1号）の写し	
留意事項	<p><利用者負担について></p> <ul style="list-style-type: none">利用回数上限を超えて利用した場合は、利用者が事業者へ費用の全額をお支払いいただくこととなります。市の助成はありませんのでご注意ください。 <p><宿泊サービスの日数について></p> <ul style="list-style-type: none">日数を分割して利用することが可能です。分割して利用しても通算の泊数は6泊が限度です。 (例1) 1回利用 ①6泊7日 (例2) 2回利用 ①2泊3日 ②4泊5日2回目以降の利用は利用者が事業者に直接連絡します。	
問い合わせ先		

届出日		
変更事項	変更前	変更後
ふりがな 利用者氏名		
住所		
電話番号		
緊急連絡先		
所得区分		
利用事業者		(その理由)

注意事項 1 変更事項欄は、変更のあった事項のみ記入してください。

2 所得区分を変更する場合は証明書の提出が必要な場合があります。また、所得区分の変更に伴った自己負担金額の変更は、承認日以降のサービス利用に対して適応されます。

3 利用事業者については、各事業者の状況によって変更できない場合があります。あらかじめご了解ください。

号
年 月 日

様

尼崎市長

尼崎市宿泊・通所型産後ケア事業変更承認通知書

年 月 日付で変更届出のありました事項について、次の通り承認します。

1 変更承認事項

変 更 事 項	変 更 前	変 更 後

2 注意事項

所得区分の変更に伴った自己負担金額の変更及び利用事業者は、承認日以降のサービス利用に対して適応されます。

3 問い合わせ先

尼崎市宿泊・通所型産後ケア事業実施報告書

尼崎市長あて

事業所名 _____

担当者 _____

連絡先(電話) _____

利用者氏名		生年月日	年	月	日生 ()歳
子の氏名		生年月日	年	月	日生 ()か月
世帯区分	<input type="checkbox"/> 課税世帯				
	<input type="checkbox"/> 非課税世帯 ・ 生活保護世帯				

		サービス・利用日	
	宿泊	年 月 日 ~ 年 月 日 (泊 日)	
	利用期間・サービス	通所	1
2			日 通所 年 月
3			日 通所 年 月
4			日 通所 年 月
5			日 通所 年 月
6			日 通所 年 月
7			日 通所 年 月

利用者印
またはサイン



尼崎市宿泊・通所型産後ケア事業実施結果報告書

尼崎市長あて

事業所名 _____
 記録者 _____
 連絡先(電話) _____

利用者氏名	年 月 日 ()歳		子の氏名	年 月 日 ()か月	
利用サービス及び 利用期間	<input type="checkbox"/> 宿泊サービス	年 月 日 ~ 年 月 日 (泊 日)	~ 年 月 日 (泊 日)		
	<input type="checkbox"/> 通所サービス	年 月 日 年 月 日 年 月 日			
実施内容	<input type="checkbox"/> 産婦の母体管理・生活面の相談・指導 <input type="checkbox"/> 乳房管理(乳房マッサージを含む)・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"/> 育児相談 <input type="checkbox"/> その他()				
利用時の 母子の状況					
産後ケア後の 支援の必要性	<input type="checkbox"/> 今後のフォローを要しない <input type="checkbox"/> 今後も引き続き、継続的な支援や見守り等のフォローを要する				
保健師への 連絡事項					
地区担当保健師へ の電話連絡	<input type="checkbox"/> 実施なし <input type="checkbox"/> 実施済み				

尼崎市宿泊・通所型産後ケア事業委託料請求書

尼崎市 長 様

所在地

事業者名称

代表者氏名

債権者番号

年 月分の尼崎市宿泊・通所型産後ケア事業に係る委託料を下記のとおり請求します。

請求金額合計
①+② 円

宿泊型

	1泊当たりの 委託単価(A)	利用泊数(B)	尼崎市への請求金 額 (A)×(B)
市町村民税課税世帯	34,500		0
市町村民税非課税世帯・生活保護世帯利用者	38,000		0
多胎加算	4,000		0

①小計

通所型

	1日当たりの 委託単価(A)	利用日数(B)	尼崎市への請求金 額 (A)×(B)
市町村民税課税世帯	17,300		0
市町村民税非課税世帯・生活保護世帯利用者	19,300		0
多胎加算	2,000		0

②小計

尼崎市宿泊・通所型産後ケア事業委託料請求内訳報告書

尼崎市 市長 様

所在地
事業者名称
代表者氏名
債権者番号

年 月分の尼崎市宿泊・通所型産後ケア事業に係る委託料を下記のとおり請求します。

請求金額合計 ①+②+③+④	円
-------------------	---

① 宿泊型

利用者名	利用者フリガナ	世帯区分		利用泊数		尼崎市への請求金額	
		課税世帯	非課税・生活保護世帯	課税世帯(A)	非課税・生活保護世帯(B)	課税世帯(A)×34,500	非課税・生活保護世帯(B)×38,000
小計							

② 宿泊型 多胎加算

利用者名	利用者フリガナ	多胎加算人数(A)	利用泊数(B)	多胎加算泊数(C) =(A)×(B)	尼崎市への請求金額 (C)×4,000
小計					

③ 通所型

利用者名	利用者フリガナ	世帯区分		利用日数		尼崎市への請求金額	
		課税世帯	非課税・生活保護世帯	課税世帯(A)	非課税・生活保護世帯(B)	課税世帯(A)×17,300	非課税・生活保護世帯(B)×19,300
小計							

④ 通所型 多胎加算

利用者名	利用者フリガナ	多胎加算人数(A)	利用日数(B)	多胎加算日数(C) =(A)×(B)	尼崎市への請求金額 (C)×2,000
小計					