

尼崎市産後ケア事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、母親の身体的回復と心理的な安定を促進するとともに、母親自身がセルフケア能力を育み、母子の愛着形成を促し、母子とその家族が健やかな育児ができるよう支援し、児童虐待の未然防止を図ることを目的として実施する尼崎市産後ケア事業（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、尼崎市(以下、「本市」という。)とする。ただし、前条の目的を達成するために本事業の趣旨を理解し、適切な実施及び適切な事業運営が確保できると認められる事業者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）に定める県内に所在する病院、診療所及び助産所（助産師出張業務届出者含む）であること。もしくは、宿泊型に限り、居室・カウンセリングを行う部屋・乳児の保育を行う部屋・その他事業の実施に必要な設備を有する施設であること。
- (2) 本事業に関する知識及び技術を有していること。
- (3) 助産師・保健師又は看護師（以下、「助産師等」という。）のいずれかを常に1名以上（出産後4か月頃までの時期は、助産師を中心とした体制とすること。）配置し、主に母親への身体的ケア、適切な授乳が実施できるためのケア、心理的ケア、育児の手技についての具体的な指導及び相談等を行う実施体制が確保できること。
（ただし、宿泊型は、1名以上の助産師等の看護職を24時間体制で配置すること。）
- (4) 第4条に規定する事業内容を提供できること。
- (5) 本事業を安全・快適に提供できること。
- (6) 本市(町)と適切な連携・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、尼崎市内に住所を有する産後1年以内（児の1歳の誕生日の前日まで）の母親及び乳児、流産・死産を経験して1年以内の者であって、次の各号のいずれかに該当する者とする。

- (1) 産後ケアを必要とする者。
 - (2) その他、市長が必要と認める者。
- 2 次の各号のいずれかに該当する者は利用できないものとする。
- (1) 母子のいずれかが感染性疾患（麻疹、風疹、インフルエンザ等）に罹患している者。
 - (2) 母親に入院加療の必要がある者。
 - (3) 心身の不調や疾患があり、医療的介入の必要がある母親。（ただし、医師により本事業において対応が可能であると判断される場合にはこの限りではない。）
 - (4) その他、本事業の利用が適当でないと認められる者。

(事業内容)

第4条 本事業は、対象者に対し、次に掲げるサービス（以下「サービス」という。）を

実施するものとする。

(1) 宿泊型

対象者を宿泊させ、産後ケアを実施するとともに、母親の食事の提供、入浴機会の提供等を実施する。

(2) 通所型

対象者を日帰りで施設利用させ、産後ケアを実施するとともに、必要に応じて母親の食事の提供を実施する。

(3) 訪問型

対象者の家庭を訪問し、産後ケアを実施する。

2 前項の産後ケアは、次に掲げる内容とする。

ア 母親への保健指導（健康状態の観察、身体的ケア）、栄養指導（栄養相談）

イ 母親の心理的ケア（EPDS を活用した相談支援等）

ウ 適切な授乳ができるためのケア（乳房ケアまたは授乳支援等）

エ 育児の手技についての具体的な指導及び相談（発育発達等のチェック、離乳食相談、育児相談、児の抱き方・おむつ交換・沐浴・寝かしつけ等の指導・相談）

(利用日数等)

第5条 利用対象者は、各号に掲げるサービスの種類に応じ、各号に定める日数または時間のサービスを利用することができる。

(1) 宿泊型は、通算7日以内（0時から24時までの利用を1日とする）

(2) 通所型は、通算7回以内かつ合計63時間以内

(3) 訪問型は、通算4回かつ合計8時間以内、多胎児は通算6回以内かつ合計12時間以内

2 サービスの実施日及び実施時間は事業者が定めるものとする。

3 宿泊型と通所型、宿泊型と訪問型の同一日の利用は、同一日の利用の必要があり、かつ利用対象者が希望する場合のみ同一日に利用することができる。

(利用申請)

第6条 本事業を利用しようとする者（以下、「申請者」という。）は、尼崎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または様式1号-2）を市長に提出しなければならない。この場合において、当該年度（4月または5月に利用する場合は前年度）の住民税が非課税世帯（以下、「非課税世帯」という。）については、市長にそれを証する書類を提出しなければならない。ただし、市長が、当該書類により証明すべき事実を公簿等により確認することができるときは、当該書類の添付を省略することができる。生活保護法(昭和25年法律第144号)第6条第1項に規定する被保護者の属する世帯（以下「被保護世帯」という。）については、生活保護を受給していることを証する書類を提出しなければならない。

(利用承認及び通知)

第7条 市長は、前条の規定に基づく申請があったときは、その内容を審査の上、利用承認したときは、尼崎市産後ケア事業利用券（様式2号-1または様式2号-2）により、利用不承認の決定をしたときは、尼崎市産後ケア事業利用不承認通知書（様式3号）により、速やかに申請者に通知するものとする。

- 2 申請に基づき事業所の予約を市長が行い利用承認した場合、尼崎市産後ケア事業利用依頼書（様式4号）に尼崎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または様式1号-2）の写しと尼崎市産後ケア事業利用券（様式2号-1または様式2号-2）の写しを添えて、速やかに事業者に依頼するものとする。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。）に連絡し、その利用に係る説明等を行わなければならない。
- 3 利用日数や回数のみを承認した場合、利用者は、利用券受理後、自ら事業者に予約を行わなければならない。利用者から予約を受けた事業者は、市長に尼崎市産後ケア事業予約等報告書（様式5号）を用いて予約報告を行い、必要に応じて情報提供を依頼するものとする。情報提供依頼を受けた市長は、尼崎市産後ケア事業利用依頼書（様式4号）に尼崎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または様式1号-2）の写しと尼崎市産後ケア事業利用券（様式2号-1または様式2号-2）の写しを添えて、速やかに事業者に提供する。また、市長は事業者から情報提供依頼がない場合であっても、必要時情報提供依頼を行う。
- 4 申請日から利用券受理までにやむを得ずサービスを利用する場合は、利用者は課税世帯の利用料を支払い利用できることとする。非課税世帯、被保護世帯の場合は、利用者は利用券受理後事業者の利用料の差額の返還を求めることができる。

（利用承認内容の変更）

- 第8条 第7条の規定により、利用承認の決定を受けた利用者は、利用日時等に変更が生じた場合は、速やかに、事業者に連絡しなければならない。
- 2 変更連絡を受けた事業者は、速やかに市長に尼崎市産後ケア事業予約等報告書（様式5号）を用いて連絡するものとする。
 - 3 利用者は、氏名及び住所等の変更があったときは、尼崎市産後ケア事業変更届出書（様式10号）を速やかに市長に提出するものとする。
 - 4 市長は、前項の規定に基づく届け出があった場合は、変更の可否を決定するとともに、その旨を尼崎市産後ケア事業変更承認通知書（様式11号）により速やかに利用者へ通知するものとする。
 - 5 世帯区分の変更に伴った自己負担額の変更は、承認日以降の産後ケア利用に対して適応するものとする。

（自己負担額）

- 第9条 利用者は、別表1-1、別表1-2、別表1-3に定める費用を負担しなければならない。
- 2 自己負担額は、利用当日に事業者に対し、利用者が直接支払うものとする。
 - 3 利用に際し発生する人件費、室料（特別室を除く）、食費、光熱水費、寝具、消毒、訪問型の交通費は、第10条に規定する委託料に含み、利用者からの追加徴収は行わないものとする。

（委託料）

- 第10条 本事業に係る委託料の額は、別表1-1、別表1-2、別表1-3により算出した額とする。

(実施報告及び委託料の請求)

第 11 条 事業者は、実施状況について、尼崎市産後ケア事業利用報告書（様式 6 号）を作成し、尼崎市産後ケア事業請求書（様式 7 号）とともに、事業を実施した当月分を翌月 10 日までに市長に請求するものとする。

(委託料の支払)

第 12 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、請求を受けた日から 30 日以内に支払うものとする。

(研修の実施)

第 13 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 14 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 15 条 事業者は、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 事業者は、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。

(事業内容の改善)

第 16 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 17 条 事業者は、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、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、上記事項等を遵守しなければならない。

(安全管理体制)

第 18 条 事業者は、本市が作成した、安全管理マニュアルを踏まえ、日頃から緊急時における対応について準備・対策を実施するものとする。

2 事業者は、賠償責任保険に加入するものとする。

(事故及び損害の責任)

第 19 条 事業者は、業務により生じた事故及び損害については、本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。

2 事業者は、前項に規定する事故が発生したときは、直ちに市長に連絡するとともに、母親等のみが事故にあった場合には、産後ケア事業事案等発生時報告様式(様式 8 号)、事故に児が含まれている場合には、教育・保育施設等事故報告書(様式 9 号)により市長へ報告しなければならない。

3 市長は、前項の規定において報告があった事故のうち、死亡事故、治療に要する期間が 30 日以上を負傷や疾病を伴う重篤な事故等の重大事案が発生したときは、直ちに兵庫県を通じて国へ報告しなければならない。

(その他)

第 20 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

この要綱は令和 7 年 1 0 月 1 日から施行する。

附則

一部改正 令和 7 年 1 0 月 1 日

附則

一部改正 令和 8 年 4 月 1 日

別表 1 - 1 宿泊型の費用(1日あたり)

契約単価			自己負担額	委託額
1日あたり ①基本額 31,000円	課税世帯	基本額	2,750円	28,250円
		多胎加算(※1)	0円	7,000円
		要支援加算(※2)	—	7,000円
②多胎加算 7,000円 ③要支援加算 7,000円	非課税世帯	基本額	1,000円	30,000円
		多胎加算(※1)	0円	7,000円
		要支援加算(※2)	—	7,000円

別表 1 - 2 通所型の費用(1時間あたり※3)

契約単価			自己負担額	委託額
1時間あたり ①基本額 3,400円	課税世帯	基本額	450円	2,950円
		多胎加算(※1)	0円	1,000円
		要支援加算(※2)	—	500円
②多胎加算 1,000円 ③要支援加算 500円	非課税世帯	基本額	100円	3,300円
		多胎加算(※1)	0円	1,000円
		要支援加算(※2)	—	500円

別表 1 - 3 訪問型の費用（1時間あたり※3）

契約単価			自己負担額	委託額
1時間あたり ①基本額 5,000円	課税世帯	基本額	1,000円	4,000円
		多胎加算(※1)	0円	1,000円
		要支援加算(※2)	—	1,000円
②多胎加算 1,000円 ③要支援加算 1,000円	非課税世帯	基本額	0円	5,000円
		多胎加算(※1)	0円	1,000円
		要支援加算(※2)	—	1,000円

(※1) 多胎児利用の2人目以降の児1人あたり

(※2) 支援の必要性の高い者の受け入れ加算(市から依頼を受理し受け入れた場合)：市がリスクアセスメントシート等を活用し、支援の必要性が高い者(要対協、特定妊婦等)と判断した場合は、協力機関に支援依頼を行う。支援依頼のあった協力機関は、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・関係機関との連携を行うものとする。

(※3) 通所型、訪問型は、協力機関が設定した時間単位のケア提供とし、延長が必要な場合には、利用者に承諾を得た上で、第5条の規定の範囲内で1時間単位での実施とするものとする。

(様式1号一1)

尼崎市産後ケア事業 利用申請書兼情報提供同意書

尼崎市長 様

年 月 日

次のとおり尼崎市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)	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日 (歳)	
	住所	〒		電話	
	出産医療機関		出産日	年 月 日 (在胎 週) <input type="checkbox"/> 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	
兄弟利用の場合 ふりがな 児氏名	※兄弟利用は、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。				
	ふりがな 児氏名	(第 子)	性別	男・女 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		
	※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 <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"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯				

(※1)ご希望に添えない場合もありますので、予めご了承下さい。

種別	申請内容	利用希望日(※1)	希望事業所名(※1)	
利用希望サービス	<input type="checkbox"/> 宿泊型	<input type="checkbox"/> 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	
		<input type="checkbox"/> 利用日数のみ申請	希望日数 日 ※利用券受理后、自ら予約をします。	
	<input type="checkbox"/> 通所型	<input type="checkbox"/> 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
		<input type="checkbox"/> 利用回数のみ申請	希望回数 回	※利用券受理后、自ら予約をします。
<input type="checkbox"/> 訪問型	<input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> 利用回数のみ申請	希望回数 回	※利用券受理后、自ら予約をします。	
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 ()			
同意書	① 本申請に関する内容を尼崎市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尼崎市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、世帯全員の市民税課税状況を調査することに同意します。 <div style="text-align: right;">利用者氏名 _____</div>			
留意事項	・利用日数(回数)のみ申請の場合は、利用券受理后、自ら予約を取る必要があります。 ・尼崎市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。			

【裏面の利用アンケートも記入ください】

尼崎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: →(いつ頃:) (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) 里帰りをしていますか (帰り先: □ 実家 □ 義実家 □ 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	

ご協力ありがとうございます

<市 記入欄>

調査担当者	
利用承認	承認 ・ 不承認
サービス	宿泊型 ・ 通所型 ・ 訪問型
発行番号	

(様式1号ー2)

尼崎市産後ケア事業 利用申請書兼情報提供同意書

尼崎市長 様

年 月 日

次のとおり尼崎市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 _____				
	医療機関		時期	<input type="checkbox"/> 流産 年 月 日	<input type="checkbox"/> 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 <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"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯					

(※1)ご希望に添えない場合もありますので、予めご了承下さい。

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)	
	<input type="checkbox"/> 宿泊型	<input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> 利用回数のみ申請	希望日数 日	※利用券受理后、自ら予約をします。		
<input type="checkbox"/> 通所型	<input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> 利用回数のみ申請	希望回数 回	※利用券受理后、自ら予約をします。		
<input type="checkbox"/> 訪問型	<input type="checkbox"/> 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	
	<input type="checkbox"/> 利用回数のみ申請	希望回数 回	※利用券受理后、自ら予約をします。		
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"/> その他 ()				
同意書	① 本申請に関する内容を尼崎市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尼崎市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、世帯全員の市民税課税状況を調査することに同意します。 <p style="text-align: right;">利用者氏名 _____</p>				
留意事項	・利用回数(回数)のみ申請の場合は、利用券受理后、自ら予約を取る必要があります。 ・尼崎市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。				

【裏面の利用アンケートも記入ください】

尼崎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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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、精神クリニック等に相談したことがありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 過去に相談したことがある <input type="checkbox"/> 現在、相談している → (いつ頃から:)
→(いつ頃:) (医療機関名:
(4) 相談したいことはありますか <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい → ()

----- ご協力ありがとうございます -----

<市 記入欄>

調査担当者	
利用承認	承認 ・ 不承認
サービス	宿泊型 ・ 通所型 ・ 訪問型
発行番号	

(様式2号-1)

尼崎市産後ケア事業 利用券

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	年 月 日 (在胎 _____ 週) <input type="checkbox"/> 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
	兄姉利用の場合 ふりがな 児氏名	(第 _____ 子)	性別	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)

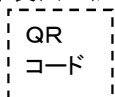
種別	承認内容	承認日・時	承認事業所名
承認サービス	<input type="checkbox"/> 宿泊型	<input type="checkbox"/> 実施機関の予約依頼者	月 日 ~ 月 日 (泊 日) 住所 電話番号
		<input type="checkbox"/> 利用日数のみ申請者	利用上限 _____ 日間 ※利用券受理后、自ら要予約 利用期間:産後1年以内 _____ 年 月 日 まで
	<input type="checkbox"/> 通所型	<input type="checkbox"/> 実施機関の予約依頼者	月 日 (_____ 時間) 住所 電話番号 月 日 (_____ 時間)
		<input type="checkbox"/> 利用時間数のみ申請者	利用上限 _____ 時間 ※利用券受理后、自ら要予約 利用期間:産後1年以内 _____ 年 月 日 まで
	<input type="checkbox"/> 訪問型	<input type="checkbox"/> 実施機関の予約依頼者	月 日 (_____ 時間) 住所 電話番号 月 日 (_____ 時間)
		<input type="checkbox"/> 利用時間数のみ申請者	利用上限 _____ 時間 ※利用券受理后、自ら要予約 利用期間:産後1年以内 ~ _____ 年 月 日 まで
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 (_____)		

	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 _____ 円	1時間あたりの負担額(①②) 計 _____ 円	1時間あたりの負担額(①②) 計 _____ 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	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯		
アレルギー			

● 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。

● アンケートは利用ごとに回答をお願いします。



産後ケア事業の利用券について

尼崎市では、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】

尼崎市 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

- ① 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。
- ② この利用券は、尼崎市外へ転出された場合は使用できません。
- ③ 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承を得たうえで提供し、実費の徴収をしてください。
- ④ 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)※予約時には必ず説明し、了承を得たうえで予約を受けてください。
- ⑤ 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。
- ⑥ 利用報告書(様式6号)に必要事項を記入の上、1か月分をまとめ、請求書(様式7号)を添えて、実施機関から直接尼崎市健康増進課へ、翌月10日までに提出してください。
※様式については、市ホームページをご確認ください。

利用者の皆さまへ

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 実施機関では、様々な産後のケア(全額自己負担)を提供しています。実施機関に予約する際は、「市が委託する産後ケア事業(助成あり)を利用したい」と伝えてください。(産後ケア事業対象外(全額自己負担)のサービスを提供しているところもありますので、確認のうえ、ご利用ください。)
- ④ 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。
- ⑤ 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。予約時にはキャンセル料の発生時期やキャンセル料等、確認した上で予約をお願いします。キャンセル料は事業者から請求がありますので直接お支払いください。
- ⑥ 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。
- ⑦ 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。
- ⑧ 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。
- ⑨ この利用券は、本人以外は使用できません。
- ⑩ この利用券は、尼崎市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	

(様式2号ー2)

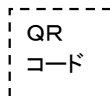
尼崎市産後ケア事業 利用券

発行番号		発行日	年 月 日
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	年 月 日 (在胎 週)

種別	承認内容	承認日・時	承認事業所名
宿泊型	<input type="checkbox"/> 実施機関の予約依頼者	月 日 ~ 月 日 (泊 日)	住所 電話番号
	<input type="checkbox"/> 利用日数のみ申請者	利用上限 日間 ※利用券受理后、自ら要予約 利用期間:産後1年以内 年 月 日まで	
通所型	<input type="checkbox"/> 実施機関の予約依頼者	月 日 (時間) 月 日 (時間)	住所 電話番号
	<input type="checkbox"/> 利用時間数のみ申請者	利用上限 時間 ※利用券受理后、自ら要予約 利用期間:産後1年以内 年 月 日まで	
訪問型	<input type="checkbox"/> 実施機関の予約依頼者	月 日 (時間) 月 日 (時間)	住所 電話番号
	<input type="checkbox"/> 利用時間数のみ申請者	利用上限 時間 ※利用券受理后、自ら要予約 利用期間:産後1年以内 年 月 日まで	
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 ()		

	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) 計 円	1時間あたりの負担額(①②) 計 円	1時間あたりの負担額(①②) 計 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	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯		
アレルギー			

- 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。
- アンケートは利用ごとに回答をお願いします。



産後ケア事業の費用助成について

尼崎市では、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】

尼崎市 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

- ① 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。
- ② この利用券は、尼崎市外へ転出された場合は使用できません。
- ③ 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承を得たうえで提供し、実費の徴収をしてください。
- ④ 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)※予約時には必ず説明し、了承を得たうえで予約を受けてください。
- ⑤ 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。
- ⑥ 利用報告書(様式6号)に必要事項を記入の上、1か月分をまとめ、請求書(様式77号)を添えて、実施機関から直接尼崎市健康増進課へ、翌月10日までに提出してください。
※様式については、市ホームページ等を確認ください。

利用者の皆さまへ

- ① 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。
- ② 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。
- ③ 実施機関では、様々な産後のケア(全額自己負担)を提供しています。実施機関に予約する際は、「市が委託する産後ケア事業(助成あり)を利用したい」と伝えてください。(産後ケア事業対象外(全額自己負担)のサービスを提供しているところもありますので、確認のうえ、ご利用ください。)
- ④ 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。
- ⑤ 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。予約時にはキャンセル料の発生時期やキャンセル料等、確認した上で予約をお願いします。キャンセル料は事業者から請求がありますので直接お支払いください。
- ⑥ 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。
- ⑦ 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。
- ⑧ 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。
- ⑨ この利用券は、本人以外は使用できません。
- ⑩ この利用券は、尼崎市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		

(様式4号)

第 号
年 月 日

産後ケア事業実施事業者 御中

尼崎市長

尼崎市産後ケア事業 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
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 <input type="checkbox"/> 様式1号-1 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 様式2号-1 <input type="checkbox"/> 様式2号-2		
区分	<input type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯		

	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 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日あたりの契約額(①②) 計 円	1時間あたりの契約額(①②) 計 円	1時間あたりの契約額(①②) 計 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
	1日あたりの負担額(①②) 計 円	1時間あたりの負担額(①②) 計 円	1時間あたりの負担額(①②) 計 円
	③要支援加算 円	③要支援加算 円	③要支援加算 円
委託料	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日あたりの委託料(①②③) 計 円	1時間あたりの委託料(①②③) 計 円	1時間あたりの委託料(①②③) 計 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	

(様式5号)

尼崎市産後ケア事業 予約等報告書

尼崎市長 行

年 月 日

事業所名

担当者

連絡先(電話)

尼崎市産後ケア事業における予約等について、下記のとおり報告します。

No.	利用者氏名	生年月日	発行番号	利用サービス	申請種別	予約日、時間
1				□宿泊型	□予約報告 □予約日変更 □予約キャンセル	
				□通所型	□予約報告 □予約日変更 □予約キャンセル	
				□訪問型	□予約報告 □予約日変更 □予約キャンセル	
2				□宿泊型	□予約報告 □予約日変更 □予約キャンセル	
				□通所型	□予約報告 □予約日変更 □予約キャンセル	
				□訪問型	□予約報告 □予約日変更 □予約キャンセル	
3				□宿泊型	□予約報告 □予約日変更 □予約キャンセル	
				□通所型	□予約報告 □予約日変更 □予約キャンセル	
				□訪問型	□予約報告 □予約日変更 □予約キャンセル	
4				□宿泊型	□予約報告 □予約日変更 □予約キャンセル	
				□通所型	□予約報告 □予約日変更 □予約キャンセル	
				□訪問型	□予約報告 □予約日変更 □予約キャンセル	
5				□宿泊型	□予約報告 □予約日変更 □予約キャンセル	
				□通所型	□予約報告 □予約日変更 □予約キャンセル	
				□訪問型	□予約報告 □予約日変更 □予約キャンセル	

情報提供書が必要な方

No.1 No.2 No.3 No.4 No.5

(様式6号)

尼崎市産後ケア事業 利用報告書

尼崎市長 様

年 月 日
 事業所名
 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	生年月日 年 月 日
児氏名	生年月日 年 月 日 (月齢 ヶ月)
住所	電話

種別	利用日・時間
□ 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)
	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (泊 日)
□ 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)

要支援加算 有 ⇒ 有の場合、裏面の記入もお願いします(※市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:) 睡眠: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 EPDS: 点 (項目⑩ 点) ※実施した場合記載 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
実施結果 (課題解決状況等)	産後ケア事業で継続支援の必要性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
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"/> 電話(尼崎市 課 電話番号:)

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回ごとに〇〇市(町)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 ~ 令和 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ト (/) のとおり	
②ケアプラン		
③実施・評価		
④市町への連絡	<input type="checkbox"/> 市町への連絡済み (/)	

種別 利用日	<input type="checkbox"/> 宿泊型	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)
	<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ト (/) のとおり	
②ケアプラン		
③実施・評価		
④市町への連絡	<input type="checkbox"/> 市町への連絡済み (/)	

(様式7号)

尼崎市産後ケア事業 請求書

尼崎市長 様

産後ケア事業(年 月分)について、下記のとおり請求します。

請求額 ￥ 0 円

年 月 日

請求者

所在地	〒		
名称			
債権者番号			
発行責任者部署・氏名			
発行担当者部署・氏名			
電話番号		メールアドレス	

【振込先】

金機関名	銀行・信用金庫	支店	支店コード	口座種別	1 普通 2 当座
(フリガナ) 口座名義人	口座番号				

※尼崎市債権者登録を行っている場合は振込先記入不要

【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	
		課税世帯	非課税・生活保護世帯	延日数	延時間数	延時間数	多胎加算	要支援加算	基本額		加算			
									宿泊:延日数金額 通所:延時間金額 訪問:延時間金額	多胎(課税世帯)	多胎(非課税世帯)	要支援		
1									宿泊	0	0	0	0	0
									通所	0	0	0	0	0
									訪問	0	0	0	0	0
2									宿泊	0	0	0	0	0
									通所	0	0	0	0	0
									訪問	0	0	0	0	0
3									宿泊	0	0	0	0	0
									通所	0	0	0	0	0
									訪問	0	0	0	0	0
4									宿泊	0	0	0	0	0
									通所	0	0	0	0	0
									訪問	0	0	0	0	0
5									宿泊	0	0	0	0	0
									通所	0	0	0	0	0
									訪問	0	0	0	0	0
6									宿泊	0	0	0	0	0
									通所	0	0	0	0	0
									訪問	0	0	0	0	0
7									宿泊	0	0	0	0	0
									通所	0	0	0	0	0
									訪問	0	0	0	0	0
8									宿泊	0	0	0	0	0
									通所	0	0	0	0	0
									訪問	0	0	0	0	0
9									宿泊	0	0	0	0	0
									通所	0	0	0	0	0
									訪問	0	0	0	0	0
#									宿泊	0	0	0	0	0
									通所	0	0	0	0	0
									訪問	0	0	0	0	0
合計		0	0	0	0	0	0	0	総合計金額				0	

※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・生活)	多胎加算(課税)	多胎加算(非課税)	要支援
宿泊	28,250	30,000	7,000	7,000	7,000
通所	2,950	3,300	1,000	1,000	500
訪問	4,000	5,000	1,000	1,000	1,000

円/日

円/時間

円/時間

(様式8号)

産後ケア事業事故等発生時報告様式

第 報 国様式

死亡事故 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日以上を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。
水色のセルはブルダウンより選択してください。

Form with multiple sections: 施設情報, 利用者情報, 事故発生時の状況等, 市町村の対応等, 都道府県の対応. Includes fields for facility name, location, accident date, and personnel involved.

※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」⇒「委託元の市町村」⇒「委託元の市町村が所在する都道府県」を通じて国に報告してください。
なお、上記の報告の流れは、事業者が、「委託元の市町村」が所在する都道府県以外に所在する場合についても同様となりますが、「委託元の市町村」から報告を受けた「委託元の市町村」が所在する都道府県は、国への報告と併せて、「事業者が所在する都道府県」への報告も行ってください。
また、報告を受けた「事業者が所在する都道府県」は、「事業者が所在する市町村」への連絡及び必要に応じ助言、指導等適切な対応を行ってください。
・第1報は赤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、「委託元の市町村」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)

(様式9号表)

教育・保育施設等事故報告書
(重大事故)国様式
児を含む場合ver.
(表面)

基本情報			
報告自治体 (都道府県・市区町村)		施設・事業所名称	
報告回数		施設・事業所所在地	
第1報年月日		施設・事業所代表者等	
続報年月日		施設・事業所設置者等 (社名・法人名・自治体名等)	
施設種別		施設・事業開始年月日 (開設、認可、事業開始等)	
事業種別		認可・認可外の区分	

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 (異年齢構成選択時)	0歳児	1歳児	2歳児	3歳児	4歳児	5歳児	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								
(負傷等の場合)受傷部位								
(負傷等の場合)負傷状況								
診断名、病状等	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。

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

※ 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。

※ 「(負傷等の場合)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8年3月30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 (重大事故)

ver.6
(裏面)

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】			

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】	

※ データベースに公表される場合、大半部分が公表対象となるため、日付、個人名、病院名等の個人情報は記載しないでください。

データベース掲載に対する保護者の同意【必須】	<p>※ 重大事故の情報について、保護者の同意が得られたものをデータベース化し公表しています。</p> <p>※ データベースについては、発生した事故に関する情報を収集し、今後の事故防止に資するために作成しているという趣旨を御理解いただき、掲載について保護者の同意を得たときは左欄に○印を付し、同意が得られなかったときは×印を付し、最終報までに必ず保護者に掲載の同意を確認してください。</p>
------------------------	--

自治体コメント【必須】
(自治体による事故発生の原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。)
【記入時に削除ください】 データベースに公表される場合、大半部分が公表対象となるため、日付、個人名、病院名等の個人情報は記載しないでください。

【施設・事業所別の報告先】	
<p>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、特定乳児等通園支援事業(こども園でも通園制度。幼稚園、幼稚園型認定こども園で実施する場合は除く。)、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は除く。)、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は除く。))及び認可外保育施設(企業主導型保育施設を含む。)</p> <p>※送付先メールアドレスを変更しています</p> <p>→ 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)(hoiku.safety-report@cfa.go.jp)</p> <p>② 幼稚園、幼稚園型認定こども園</p> <p>→ 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)</p> <p>→ 文部科学省初等中等教育局幼児教育課(youji@mext.go.jp)</p> <p>③ 特別支援学校幼稚部</p> <p>→ 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)</p> <p>→ 文部科学省初等中等教育局特別支援教育課(toku-sidou@mext.go.jp)</p>	<p>④ 放課後児童健全育成事業(放課後児童クラブ)</p> <p>→ こども家庭庁成育局成育環境課健全育成係(seiikukankyou.kenzen@cfa.go.jp)</p> <p>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</p> <p>→ こども家庭庁成育局成育環境課家庭支援係(seiikukankyou.katei@cfa.go.jp)</p> <p>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)</p> <p>→ 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)</p> <p>⑦ 産後ケア事業</p> <p>→ こども家庭庁成育局母子保健課母子保健係(boshihoken.kakari@cfa.go.jp)</p>
【全施設・事業所共通の報告先】	
→ 消費者庁消費者安全課(isyoushisya.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。

尼崎市産後ケア事業変更届出書

受付印

届出日			
ふりがな 利用者氏名		生年月日	
住所	〒 電話番号		
利用中のサービス	宿泊型 ・ 通所型 ・ 訪問型		
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			

- 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。

(様式11号)

第 号
年 月 日

様

尼崎市長

尼崎市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