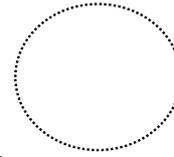


## ショートステイ / デイケア / アウトリーチ※ 申請用

※アウトリーチのみの申請は、第1-②号様式使用

## 大阪市産後ケア事業利用登録申請書

大阪市 区保健福祉センター所長



申請にあたって、大阪市産後ケア事業実施要綱を遵守し、利用登録を申請します。

利用者 (母子)	(ふりがな) 氏名			生年月日	昭和 平成	年	月	日
	住所	大阪市 区		電話				
	緊急連絡先	氏名	(申請者との関係)		電話			
		住所						
	利用する 乳児の氏名			出生日 (出産予定日)	(	年	月	日)
出産(予定)医療機関			妊娠期間	週	出生体重	g		
母子 以外 の 世帯 構成	氏名	ふりがな	続柄	生年月日		職業		
				年 月 日				
				年 月 日				
				年 月 日				
利用 申請 理由	必須項目	<input type="checkbox"/> 病院等への入院を必要としない						
	該当項目 (重複可)	<input type="checkbox"/> お母さんの体調に不安 <sup>*</sup> がある ※下の項目もご記載ください ⇒ 現在、治療中の病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 育児について不安がある <input type="checkbox"/> その他 ( )						
申請するサービス	<input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> アウトリーチ		希望する日(回)数		日 日 回			
希望するサービス内容	<input type="checkbox"/> 母子の体調管理 <input type="checkbox"/> 生活面の指導 <input type="checkbox"/> 乳房ケア <input type="checkbox"/> 授乳相談 <input type="checkbox"/> 沐浴等育児指導 <input type="checkbox"/> 児の発育等相談 <input type="checkbox"/> その他 ( )							
世帯の区分	<input type="checkbox"/> 【区分A】市府民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 【区分B】市府民税非課税世帯・生活保護世帯※証明書の提出が必要な場合があります							
利用料の減免に係る添付書類 ※利用料支払い後の 減免はできません	<input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 市府民税非課税証明書 (世帯全員が非課税であることが確認できるものがが必要です)							
①大阪市産後ケア事業利用申請書及びサービス利用に必要な情報を事業者へ情報提供することに同意します。また、利用者の健康状態について、事業者から保健福祉センターに情報提供することに同意します。 ②利用料に係る世帯区分を確認するために、保健福祉センターが審査に必要な範囲で住民基本台帳及び課税台帳等関係公簿を閲覧することに同意します。 ③記載いただいた内容等について、保健福祉センターより保健師等が確認の電話等をさせていただく場合があります。								
年 月 日				申請者氏名				

【事務処理欄】

※ショートステイ・デイの申請、またはショートステイ・デイとアウトリーチの同時申請は、第1-①号様式使用

### 大阪市産後ケア事業利用登録申請書

大阪市 区保健福祉センター所長



申請にあたって、大阪市産後ケア事業実施要綱を遵守し、利用登録を申請します。

利用者 (母子)	(ふりがな) 氏名			生年月日	昭和 平成	年 月 日	
	住所	大阪市 区		電話			
	緊急連絡先	氏名	(申請者との関係)		電話		
		住所					
	利用する 乳児の氏名			出生日 (出産予定日)	( 年 月 日 )		
出産(予定)医療機関			妊娠期間	週	出生体重	g	
母子 以外 の 世帯 構成	氏名	ふりがな	続柄	生年月日	職業		
				年 月 日			
				年 月 日			
				年 月 日			
利用 申請 理由	必須項目	<input type="checkbox"/> 病院等への入院を必要としない					
	該当項目 (重複可)	<input type="checkbox"/> お母さんの体調に不安がある <input type="checkbox"/> 育児について不安がある <input type="checkbox"/> その他 ( )					
希望するサービス内容	<input type="checkbox"/> 母子の体調管理 <input type="checkbox"/> 生活面の指導 <input type="checkbox"/> 乳房ケア <input type="checkbox"/> 授乳相談 <input type="checkbox"/> 沐浴等育児指導 <input type="checkbox"/> 児の発育等相談 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
保健師への相談希望*	* 産後ケアを利用するまでに、母子の体調や育児のことで相談がある場合は ( ) 内に記載 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )						
世帯の区分	<input type="checkbox"/> 【区分A】 市府民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 【区分B】 市府民税非課税世帯・生活保護世帯※証明書の提出が必要な場合があります						
利用料の減免に係る添付書類 ※利用料支払い後の 減免はできません	<input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 市府民税非課税証明書 (世帯全員が非課税であることが確認できるものがが必要です)						
①大阪市産後ケア事業利用申請書及びサービス利用に必要な情報を事業者へ情報提供することに同意します。また、利用者の健康状態について、事業者から保健福祉センターに情報提供することに同意します。 ②利用料に係る世帯区分を確認するために、保健福祉センターが審査に必要な範囲で住民基本台帳及び課税台帳等関係公簿を閲覧することに同意します。 ③記載いただいた内容等について、保健福祉センターより保健師等が確認の電話等をさせていただく場合があります。							
年 月 日				申請者氏名			

【事務処理欄】

## 大阪市産後ケア事業利用登録承認通知書

様

保健福祉センター所長

年 月 日に申請のありました大阪市産後ケア事業利用について、次のとおり承認しましたので通知します。

氏 名			
住 所			
決定利用番号			
利用期間			
希望利用サービス			利用可能日(回)数
ショートステイ			
デイケア			
アウトリーチ			

※利用期間の間で利用できる日数です。利用可能日(回)数を超えての利用はできません。  
※ショートステイの日数については、1泊2日を2日、2泊3日を3日とします。

利用者世帯区分	利 用 料	
ショートステイ	一日当たり	円
デイケア	一日当たり	円
アウトリーチ	一回当たり	円

※利用料は、利用終了時に利用施設へ直接お支払い願います。  
※利用をキャンセルされる場合は、利用日の前々日の17時までに利用施設にご連絡ください。それ以降にご連絡いただいた場合は、利用料を利用施設にお支払いいただく必要がありますのでご注意ください。

《 利用方法 》

- ①この通知書が届いたら、利用を希望する施設へ問い合わせ、承認されている利用期間をで、伝えたくて、予約してください。
- ②利用するには、この通知書を必ず持参し、下記点線欄の《施設・事業者記載欄》に記載してもらってください。
- ③利用料については、通知書に記載されている金額（利用料×日（回）数）について、施設へ直接お支払いください。

《 留意事項 》

- ・医療機関、助産所の状況により、予約のご希望にそえない場合があります。
- ・利用を中止する場合は、利用開始日の前々日の17時までに利用予約施設に連絡してください。利用開始日の前々日の17時以降のキャンセルについては、キャンセル料がかかります。
- ・大阪市から転出された方は利用できません。
- ・通知書に記載されている利用可能日（回）数を超えて利用された場合は、全額自己負担となります。金額については、施設にお問い合わせください。

○ショートステイの日数について

日数の考え方は、1泊2日は2日、2泊3日は3日となります。

日数を分割して利用することが可能です。

分割することにより泊数が変わりますのでご注意ください。

- 7日の利用の場合
- （例1） 1回利用 ①6泊7日
  - （例2） 2回利用 ①2泊3日 ②3泊4日
  - （例3） 3回利用 ①1泊2日 ②1泊2日 ③2泊3日

《 施設・事業者記載欄 》

利用された日について、該当するサービス種別欄に記載してください。  
通知書に記載している利用可能日（回）数を超えていないか確認してください。

	ショートステイ		デイケア		アウトリーチ	
	利用日	施設名	利用日	施設名	利用日	施設名
1						
2						
3						
4						
5						
6					/	/
7					/	/

## 大阪市産後ケア事業利用登録不承認通知書

\_\_\_\_\_  
様

大阪市 区保健福祉センター所長

年 月 日に申請のありました大阪市産後ケア事業利用登録については、次の理由により不承認とすることを決定しましたので通知します。

記

不承認の理由： \_\_\_\_\_

第4号様式

年 月 日

大阪市〇〇区保健福祉センター所長

申請者

住 所

氏 名

電 話

## 大阪市産後ケア事業利用登録承認通知再交付申請書

私は、大阪市産後ケア事業利用登録通知書の再交付について、下記のとおり申請します。

記

(ふりがな)			
利用登録者氏名			
住所	〒 大阪市 区		
生年月日		決定利用番号	
		※不明の場合記載不要	
連絡先			
再交付理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 汚損又は破損 (汚損又は破損した大阪市産後ケア事業利用登録承認通知書をご提出ください) <input type="checkbox"/> その他 ( )		

年 月 日

大阪市〇〇区保健福祉センター所長

申請者

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

### 大阪市産後ケア事業利用登録変更申請書

年 月 日付けで通知がありました大阪市産後ケア事業の利用について、  
下記のとおり変更を申請します。

記

届出内容														
変更内容		<table border="1"><thead><tr><th></th><th>変更前</th><th>変更後</th></tr></thead><tbody><tr><td>利用期間</td><td>年 月 日～ 年 月 日</td><td>年 月 日～ 年 月 日</td></tr></tbody></table>		変更前	変更後	利用期間	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日						
		変更前	変更後											
	利用期間	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日											
		<table border="1"><thead><tr><th>利用サービス</th><th>変更前</th><th>変更後</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> ショートステイ</td><td>日</td><td>日</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> デイケア</td><td>日</td><td>日</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> アウトリーチ</td><td>回</td><td>回</td></tr></tbody></table>	利用サービス	変更前	変更後	<input type="checkbox"/> ショートステイ	日	日	<input type="checkbox"/> デイケア	日	日	<input type="checkbox"/> アウトリーチ	回	回
	利用サービス	変更前	変更後											
	<input type="checkbox"/> ショートステイ	日	日											
	<input type="checkbox"/> デイケア	日	日											
	<input type="checkbox"/> アウトリーチ	回	回											
		<table border="1"><thead><tr><th>区分</th><th>変更前</th><th>変更後</th></tr></thead><tbody><tr><td>利用者世帯</td><td><input type="checkbox"/> 【A】 市府民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 【B】 市府民税非課税 生活保護世帯</td><td><input type="checkbox"/> 【A】 市府民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 【B】 市府民税非課税 生活保護世帯</td></tr></tbody></table>	区分	変更前	変更後	利用者世帯	<input type="checkbox"/> 【A】 市府民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 【B】 市府民税非課税 生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 【A】 市府民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 【B】 市府民税非課税 生活保護世帯						
	区分	変更前	変更後											
利用者世帯	<input type="checkbox"/> 【A】 市府民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 【B】 市府民税非課税 生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 【A】 市府民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 【B】 市府民税非課税 生活保護世帯												
	【その他】 (変更前) (変更後)													
変更理由														
今後、希望されるサービス内容等														

## 大阪市産後ケア事業利用登録変更承認通知書

様

大阪市 区保健福祉センター所長

年 月 日に変更申請のありました大阪市産後ケア事業利用について、次のとおり承認しましたので通知します。

氏 名			
住 所			
決 定 利 用 番 号			
利 用 期 間			
希 望 利 用 サ ー ビ ス			利 用 可 能 日 ( 回 ) 数
シ ョ ー ト ス テ イ			
デ イ ケ ア			
ア ウ ト リ ー チ			

※利用期間の間で利用できる日数です。利用可能日（回）数を超えての利用はできません。  
 ※ショートステイの日数については、1泊2日を2日、2泊3日を3日とします。

利用者世帯区分		
	利 用 料	
シ ョ ー ト ス テ イ	一 日 当 たり	円
デ イ ケ ア	一 日 当 たり	円
ア ウ ト リ ー チ	一 回 当 たり	円

※利用料は、利用終了時に利用施設へ直接お支払い願います。  
 ※利用をキャンセルされる場合は、利用日の前々日の17時までに利用施設にご連絡ください。それ以降にご連絡いただいた場合は、利用料を利用施設にお支払いいただく必要がありますのでご注意ください。

《 利用方法 》

- ①この通知書が届いたら、利用を希望する施設へ問い合わせ、承認されている利用期間を伝えたくて、予約してください。
- ②利用するには、この通知書を必ず持参し、下記点線欄の《施設・事業者記載欄》に記載してもらってください。
- ③利用料については、通知書に記載されている金額（利用料×日（回）数）について、施設へ直接お支払いください。

《 留意事項 》

- ・医療機関、助産所の状況により、予約のご希望にそえない場合があります。
- ・利用を中止する場合は、利用開始日の前々日の17時までに利用予約施設に連絡してください。利用開始日の前々日の17時以降のキャンセルについては、キャンセル料がかかります。
- ・大阪市から転出された方は利用できません。
- ・通知書に記載されている利用可能日（回）数を超えて利用された場合は、全額自己負担となります。金額については、施設にお問い合わせください。

○ショートステイの日数について

日数の考え方は、1泊2日は2日、2泊3日は3日となります。

日数を分割して利用することが可能です。

分割することにより泊数が変わりますのでご注意ください。

- 7日の利用の場合
- （例1） 1回利用 ①6泊7日
  - （例2） 2回利用 ①2泊3日 ②3泊4日
  - （例3） 3回利用 ①1泊2日 ②1泊2日 ③2泊3日

《 施設・事業者記載欄 》

利用された日について、該当するサービス種別欄に記載してください。

通知書に記載している利用可能日（回）数を超えていないか確認してください。

	ショートステイ		デイケア		アウトリーチ	
	利用日	施設名	利用日	施設名	利用日	施設名
1						
2						
3						
4						
5						
6					/	/
7					/	/

# 大阪市産後ケア事業 アンケート

## 大阪市産後ケア事業実施報告書

事業者名  
(所在地) 区 市外

大阪市産後ケア事業を実施しましたので、下記のとおり結果を報告いたします。

フリガナ	利用期間	修正月齢の利用	区へ連絡
利用者氏名 ( ) は児の名	多胎 <input type="checkbox"/> ( )	児の 生年月日 ～ 生年月日	<input type="checkbox"/>
		利用登録 承認期間※	

※利用登録承認通知書を見て記載のこと

利用サービス	当月利用日		ケア内容 ※下枠ア～コから 選択記入
	年 月 日	年 月 日	
ショートステイ	: ~ : 年 月 日	: ~ : 年 月 日	ア:産婦の母体管理及び生活面の指導 イ:乳房手当、乳房トラブルに関する相談 ウ:発育・発達に関すること エ:スキンケアに関する相談 オ:在宅での子育てに関する相談及び指導 カ:授乳方法 キ:沐浴方法 ク:体重・排泄のこと ケ:母の不安等に関する相談 コ:その他必要とする保健指導・栄養指導
	: ~ : 年 月 日	: ~ : 年 月 日	
	: ~ : 年 月 日	: ~ : 年 月 日	
	: ~ : 年 月 日	: ~ : 年 月 日	
	: ~ : 年 月 日	: ~ : 年 月 日	
デイケア	: ~ : 年 月 日	: ~ : 年 月 日	利用登録承認通知書裏面の「施設・事業者記載欄」にも記載済 事業者 サイン
	: ~ : 年 月 日	: ~ : 年 月 日	
	: ~ : 年 月 日	: ~ : 年 月 日	
	: ~ : 年 月 日	: ~ : 年 月 日	
	: ~ : 年 月 日	: ~ : 年 月 日	
アウトリーチ	: ~ : 年 月 日	: ~ : 年 月 日	利用者 サイン
	: ~ : 年 月 日	: ~ : 年 月 日	
	: ~ : 年 月 日	: ~ : 年 月 日	
	: ~ : 年 月 日	: ~ : 年 月 日	
	: ~ : 年 月 日	: ~ : 年 月 日	

※実施した保健指導  
上枠ケア内容欄に該当するものを記入

ア:産婦の母体管理及び生活面の指導  
イ:乳房手当、乳房トラブルに関する相談  
ウ:発育・発達に関すること  
エ:スキンケアに関する相談  
オ:在宅での子育てに関する相談及び指導  
カ:授乳方法  
キ:沐浴方法  
ク:体重・排泄のこと  
ケ:母の不安等に関する相談  
コ:その他必要とする保健指導・栄養指導

利用時の  
母子の状況

保健福祉センターへの引き継ぎ事項

継続支援必要 (  発育・発達  育児支援者不足  育児不安  養育態度  訴えが多い  その他 )

↳  至急引継 ( / : ) 区 様へ ( 電話 ・ 文書 ) にて連絡

継続支援不要

1 ご利用中に受けたサービスやアドバイスのついて、よかったもの全てにチェックをつけてください。

- お母さんの体調管理やメンタルについての相談  お母さん自身のところの休養
- おっぱい相談  授乳方法の指導  沐浴方法の指導
- 赤ちゃんの成長発達についての相談  赤ちゃんのスキンケアについての相談
- 赤ちゃんの体重増加や排せつの相談  自宅に戻ってからの子育てや生活についての相談
- その他 ( )

2 サービスを利用して、以前より安心して子育てができるようになったと思いませんか？

- とても思う  少し思う  どちらともいえない  あまり思わない  思わない

※理由: ( ) ※

3 今回の受けたサービスに対して、利用料は適切だったと思いませんか？

- 適切だった  安く感じた  高く感じた

※理由: ( ) ※

4 現在、心配なことや困っていることはありますか？ あてはまるもの全てにチェックをつけてください。

- 特になし  授乳のこと  赤ちゃんの体重のこと  赤ちゃんの身体のこと
- 上記以外の赤ちゃんのこと (具体的に: )
- 自分自身のこと (具体的に: )
- 家族のこと (具体的に: )
- お金のこと (家計) (具体的に: )
- その他 ( )

5 その他、ご意見・ご感想等があればお書きください。



## 大阪市産後ケア事業 実施報告一覧表

### 年 月分

(契約書と同様に御記入をお願いいたします。)

住 所													
事業者名													
代表者名											TEL	-	-

下記のとおり事業を実施したので、報告します。

【ショートステイ】																
居住区	申請者 (姓と名の間にスペース)	申請者フリガナ	利用日								区分	多胎	日数 (A)	1日当たり 単価(B)	1日当たり 自己負担額(C)	大阪市への請求金額 (A)×{(B)-(C)}
			10	11	12	13	14	15	16							
北	大阪 花子	オオサカ ハナコ	10	11	12	13	14	15	16	A	×	7	29,500	2,125	191,625	
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
小計														0		

【デイケア】																
居住区	申請者	申請者フリガナ	利用日								区分	多胎	日数 (A)	1日当たり 単価(B)	1日当たり 自己負担額(C)	大阪市への請求金額 (A)×{(B)-(C)}
			1	3	27	28										
北	大阪 花子	オオサカ ハナコ	1	3	27	28					A	×	4	19,800	1,500	73,200
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
小計														0		

【アウトリーチ】																
居住区	申請者	申請者フリガナ	利用日								区分	多胎	日数 (A)	1日当たり 単価(B)	1日当たり 自己負担額(C)	大阪市への請求金額 (A)×{(B)-(C)}
			13	26												
北	大阪 花子	オオサカ ハナコ	13	26							A	×	2	9,810	500	18,620
1																
2																
3																
4																
5																
小計														0		

**【注意事項】**

①一覧表を作成時は、利用者名簿・利用に関する個人記録・実施報告書（様式7号）を確認すること

②契約している内容に応じた請求内容となっているか確認のこと  
 （サービスの記載誤りや1日の受入人数等を超過等がないか確認をすること）

③提出時には、ダブルチェックを行うこと

ショート	0
デイ	0
アウトリーチ	0
<b>合計</b>	<b>0</b>

### 大阪市産後ケア事業 引継ぎ連絡票

大阪市産後ケア事業利用者について、至急の引継ぎ事案がありましたので報告します。

フリガナ		利用者 生年月日	乳児の 生年月日
利用者氏名 ( )は乳児の名	多胎 <input type="checkbox"/> ( )		

乳児の状況	<input type="checkbox"/> 体重増加不良
	<input type="checkbox"/> 発達の遅れ
	<input type="checkbox"/> 皮膚・衣類の不潔
	<input type="checkbox"/> 不自然なげがやあざあり
母の状況	<input type="checkbox"/> 体調不良
	<input type="checkbox"/> 気分不良、イライラ感・不安感が高い
	<input type="checkbox"/> 産後うつ傾向がある
	<input type="checkbox"/> 日常のケア状況に問題あり
	<input type="checkbox"/> 乳児に対して否定的な言動あり
	<input type="checkbox"/> 気になる養育者の様子
養育環境	<input type="checkbox"/> きょうだいに手がかかる
	<input type="checkbox"/> 育児の相談者・協力者なし

利用時の母子の状況	
-----------	--

( 報告日時 / : ) 区 様へ ( 電話・文書 ) にて連絡

大阪市事務処理欄	( 受理日時 / : )
----------	--------------

大阪市 区保健福祉センター所長様

〇〇市  
産後ケア事業担当所管課

産後ケア事業の利用について（依頼）

平素は、本市母子保健行政に多大なご協力を賜り、厚くお礼申しあげます。

標題について、本市に住民票のある下記対象者より、貴自治体における産後ケア事業を利用したい旨の申し出があり、本市としましても、下記の理由により産後ケア事業におけるケアが適切と考えておりますので、貴自治体の産後ケア事業の利用について、ご配慮いただきますようお願い申しあげます。

記

産後ケア利用希望者

ふりがな 氏名（母）	
生年月日	
ふりがな 氏名（子）	
生年月日	
住 所	
連絡先電話番号	
依頼理由	
利用希望サービス	
利用希望期間	
委託料支払い	本市による支払い

なお、貴市への情報提供につきましては、〇〇の了承を得ておりますが、情報の取り扱いにご留意ください。

担当：〇〇・〇〇  
TEL - -