

大阪市産後ケア事業実施要綱

(目的)

第1条 大阪市産後ケア事業（以下「本事業」という。）は、産後ケアを必要とする者を対象に、母親の心身のケアや育児サポートをすることにより、産後も安心して子育てができる支援体制の確保を図る。

(実施主体)

第2条 本事業の実施主体は、本市とする。ただし、「大阪市産後ケア事業業務委託募集要項」に定める要件を満たすものに本事業を委託することができる。

(利用対象者)

第3条 本事業の利用対象者は、大阪市に住所を有する出産後1年未満の母親と1歳未満の乳児であって、産後ケアを必要とする者、その他各区保健福祉センター所長が本事業の利用を適当と判断した者とする。里帰り出産を行う場合においては、住民票のある自治体から本事業の提供依頼（別紙様式）があった場合に限り、利用することができる。

ただし、次のいずれかに該当する場合を除く。

- (1) 母子のいずれかが感染症疾患に罹患している者
- (2) 母親に入院加療の必要がある者
- (3) 母親に心身の不調や疾患があり、医療的介入の必要がある者

2 前項の規定にかかわらず、流産や死産に伴うケアが必要な場合や低出生体重児など乳児の入院が長期化する場合の母体管理、乳房相談、心理的なケアが必要な場合においては、母親のみの利用を妨げない。ただし、この場合は第4条第1項第3号に定めるアウトリーチに限るものとし、前項第1号から第3号に該当する場合を除く。

(事業内容)

第4条 本事業は、前条に規定する母子に対し、次の各号に掲げるサービスのうち必要とするものについて実施するものとする。

(1) ショートステイ（宿泊型）

母子を宿泊させ、下表の区分に基づくサービス内容の提供により、母子への心身のケア並びに育児に関する指導等を実施する。

(2) デイケア（通所型）

母子を日帰りで施設利用させ、下表の区分に基づくサービス内容の提供により、母子への心身のケア並びに育児に関する指導等を実施する。

(3) アウトリーチ（訪問型）

母子の居宅に助産師等が訪問し、下表の区分に基づくサービスの内容の提供により、母子への心身のケア並びに育児に関する指導等を実施する。

区分	サービス内容	
ショートステイ (宿泊型)	入所時間午前10時から退所時間翌日午後7時までを基本とし、1泊2日につき5食の食事及び右欄のサービスを提供する ※連泊可能	ア 産後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 授乳方法 エ 沐浴及び入浴方法
デイケア (通所型)	午前10時から午後7時までの利用を1日の基本とし、2食の食事及び右欄のサービスを提供する	オ 発育・発達に関すること カ 体重・排泄の観察 キ スキンケアに関する相談

<p>アウトリーチ (訪問型)</p>	<p>午前10時から午後7時までの間のうち、3時間を1回の上限とし、右欄のサービスを提供する</p>	<p>ク 家庭に戻ってからの子育てや生活の仕方に関する相談及び指導 ケ 産婦の心理面のケア コ その他の必要とする保健指導、栄養指導</p>
-------------------------	--	--

2 事業者は、サービスの開始時間及び終了時間について、サービス利用者（以下、「利用者」という）の希望を踏まえたうえで決定する。なお、利用者の希望により、実施時間を短縮した場合は、第11条に定める利用者の自己負担額及び第12条に定める委託料は変更しない。

(利用日(回)数)

第5条 原則、ショートステイ7日、デイケア7日、アウトリーチ5回までを上限とする。なお、アウトリーチについては原則1日につき1回までを上限とする。また、同日に複数の事業所利用及びサービスを受けることは出来ない。なお、特段の理由により区保健福祉センター所長が上限を超えてサービス利用が必要な対象者を把握した場合、こども青少年局と協議のうえ、必要最小限の範囲内で利用日(回)数の限度を超えての利用を可能とする場合がある。

(利用登録申請)

第6条 サービスを受けようとする者（以下「申請者」という。）は、住民票のある区保健福祉センター所長に対し、大阪市産後ケア事業利用登録申請書（第1号様式）を提出し、申請しなければならない。利用登録を承認された者（以下「利用者」という。）は、本事業を利用することができる。

2 申請期限は、妊娠8か月以降からサービスの利用を希望する日の2週間前までとする。

3 利用承認の期間は、申請日から最長で6か月とする。産前申請の場合、申請日から出産予定日に加え、出産予定日から6か月とする。利用期間を過ぎた後に、サービスの利用を希望する場合、改めて、利用登録の申請をしなければならない。

(承認及び通知)

第7条 区保健福祉センター所長は、前条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の上、利用登録承認の可否を決定する。

2 前項の場合において、区保健福祉センター所長は、大阪市産後ケア事業利用登録承認通知書（第2号様式）又は、大阪市産後ケア事業利用登録不承認通知書（第3号様式）により、速やかに申請者に通知するものとする。

(再交付)

第8条 利用者は、承認通知書を紛失、汚損、又は破損したときは、区保健福祉センターに対し、大阪市産後ケア事業利用登録承認通知再交付申請書（第4号様式）を提出して、再交付の申請をすることができる。

2 汚損又は破損に係る前項の再交付の申請については、申請書に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添付しなければならない。

(事業者への利用の申込み)

第9条 サービスを利用するときは、利用者が事業者に対して直接申込みを行うものとする。事業者は承認内容の確認を行い、利用者に対して、その利用に係る必要な調整及びサービス内容の説明を行わなければならない。

- 2 利用者は、前項の利用申込みを行った後に変更が生じたときは、事業者に申し出なければならない。

(変更申請)

第10条 利用者は、承認内容に変更が生じたときは区保健福祉センター所長に大阪市産後ケア事業利用登録変更申請書（第5号様式）を提出しなければならない。

- 2 区保健福祉センター所長は、前項の変更の申請があったときは、承認した内容を変更することができる。
- 3 区保健福祉センター所長は、前項により承認した内容を変更する場合は、大阪市産後ケア事業利用登録変更承認通知書（第6号様式）により、利用者へ通知する。

(利用者の自己負担額)

第11条 利用者は、別表2に掲げる額を負担するとともに、事業者に対して直接支払うものとする。

- 2 利用者が属する世帯が、世帯員の全員が市府民税非課税である世帯、もしくは生活保護世帯である場合は、市府民税非課税証明書もしくは、生活保護を受給していることを証する書類を提出することにより利用料を減額する。ただし、利用者が当該世帯員であることを証するための情報閲覧に同意し、本市において当該世帯員であることが確認できる場合は、利用料の減額にあたり、書類の提出を要しない。
- 3 事業者は、利用予定者から日程の変更または中止する場合の連絡が、利用日の前々日の午後5時までになかった場合に限り、別表2に掲げる額をキャンセル料として徴収することができる。

(委託料)

第12条 本市は利用料（別表1）から利用者の自己負担額（別表2）を控除した金額を委託料として、事業者へ支払う。当該利用に係る乳児が多胎児の場合は、その額に、2人目以降の1人につき利用料（別表1）の下段に掲げる金額を加算し、事業者へ支払う。また、兄弟や生後4か月以降の児を受け入れた場合は、兄弟又は生後4か月以降の児1人につき利用料（別表1）の下段に掲げる金額を加算し、事業者へ支払う。ただし、1人の利用者につき第5条に定める利用日（回）数の限度を超えた委託料は、特段の事情がない限り支払わない。

- 2 事業者は、この事業の収支の経理状況を明らかにしておかなければならない。また、本市がこの事業の収支の経理状況の提供を求めた場合には、本状況を提供しなければならない。
- 3 キャンセルにより、サービスの実施がされなかった日の委託料は発生しない。

(実施報告及び請求)

第13条 事業者は、毎月、利用者の個別の利用状況について、大阪市産後ケア事業実施報告書（第7号様式）及び大阪市産後ケア事業実施報告一覧表（第8号様式）を作成し、翌月7日までにこども青少年局へ報告するものとする。

- 2 事業者は、履行確認がされた後、翌月15日までに委託料を市長あてに請求するものとする。
- 3 こども青少年局は、第7号様式の写しを保管し、原本を区保健福祉センターあてに送付する。
- 4 第1項及び第3項の規定に関わらず、事業者が緊急で支援すべき利用者があると判断した場合、速やかに区保健福祉センターへ「引継ぎ連絡票（第9号様式）」の項目に基づき、

電話で報告するとともに、区保健福祉センターより文書による引継ぎの要望がある場合は、「引継ぎ連絡票」を送付すること。

(その他)

第14条 この要綱に定めるもののほか、本事業の実施に関し必要な事項は、こども青少年局子育て支援部母子保健担当課長が別に定める。

2 第9条において規定する事業者への利用の申込み手続きは、電磁的方法により行うことができる。

附 則

この要綱は、平成27年10月1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29年1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3年4月1日から施行する。

この要綱は、令和3年8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7年4月1日から施行する。

この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

別表1（第12条関係）

利用料

	ショートステイ	デイケア	アウトリーチ
1日当たりの金額	29,500円	19,800円	9,810円
多胎児による加算額	7,000円	4,000円	2,000円
兄弟や生後4か月以降の児の受け入れによる加算	5,700円	3,100円	—

※ショートステイの1日とは、入所日において入所時間（10時以降）から24時までとし、滞在日において0時から24時までとし、退所日において0時から退所時間（19時以内）までとする。（2泊3日の場合、ショートステイを3日間利用したこととなる。）

デイケアの1日とは、入所時間（10時以降）から退所時間（19時以内）とする。

アウトリーチの1回とは、10時から19時までの間のうち、訪問時間（3時間以内）とする。

※産後ケア事業は非課税とする。

別表2（第11条関係）

利用者の自己負担額

	ショートステイ （1日当たり）	デイケア （1日当たり）	アウトリーチ （1回当たり）
市府民税課税世帯	2,125円	1,500円	500円
市府民税非課税世帯、生活保護世帯	1,250円	1,000円	0円

※多胎児による加算額は0円

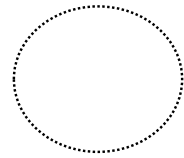
※兄弟や生後4か月以降の児の受け入れによる加算額は0円

様式目次

第1号様式	大阪市産後ケア事業利用登録申請書
第2号様式	大阪市産後ケア事業利用登録承認通知書
第3号様式	大阪市産後ケア事業利用登録不承認通知書
第4号様式	大阪市産後ケア事業利用登録承認通知再交付申請書
第5号様式	大阪市産後ケア事業利用登録変更申請書
第6号様式	大阪市産後ケア事業利用登録変更承認通知書
第7号様式	大阪市産後ケア事業実施報告書
第8号様式	大阪市産後ケア事業実施報告一覧表
第9号様式	大阪市産後ケア事業引継ぎ連絡票
第10号様式	産後ケア事業 事案等発生時報告様式
別紙様式	産後ケア事業の利用について（依頼）

## 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	<input type="checkbox"/> 多胎	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				
利用申請必須項目	<input type="checkbox"/> 病院等への入院を必要としない							
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( )							
体調について	お母さんの体調に不安がある <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( ) ⇒現在、治療中の病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )							
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( )							
健診・相談等 利用状況	概ね1か月以内に受けた健診や利用サービスとその日時(複数ある場合はいずれか1つ) <input type="checkbox"/> 無							
	<input type="checkbox"/> 健康診査( <input type="checkbox"/> 妊婦 <input type="checkbox"/> 産婦 <input type="checkbox"/> 1か月児 <input type="checkbox"/> 3か月児 <input type="checkbox"/> 後期 ) <input type="checkbox"/> 妊娠8か月面談 <input type="checkbox"/> 保健師・助産師への相談(面談・家庭訪問・電話) <input type="checkbox"/> 発達相談 <input type="checkbox"/> 産後ケア事業							
	健診・利用日時:                      年    月    日							
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"/> 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必要です)							
□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。 □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。 □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				



## 大阪市産後ケア事業利用登録承認通知書

\_\_\_\_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。



第3号様式

## 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 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 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		変更前	変更後
	利用期間	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
	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
	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上で予約してください。
- ②利用する際には、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、予約の希望に添えない場合があります。
- ・利用を中止する場合は、利用日の前々日の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実施報告書

事業者名

(所在区) \_\_\_\_\_ 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。 修正月齢の利用  →区へ連絡

Table with columns for フリガナ, 利用者, 児の生年月日, 利用承認期間, 兄弟氏名, 兄弟氏名生年月日.

※利用登録承認通知書を見て記載のこと

Main table with columns for 利用サービス, 当月利用日時, 兄弟, 4M以降, 利用者サイン, ケア内容.

Table with columns for 実施した保健指導, ア:産婦の母体管理及び生活面の指導, オ:在宅での子育てに関する相談及び指導.

Table with columns for 利用時の母子の状況.

Form with checkboxes for 継続支援必要, 至急引継, 継続支援不要.

この度は、大阪市産後ケア事業をご利用いただきありがとうございます。 ご利用いただいた方のご意見をもとに、産後ケア事業をよりよいものにしていきたいと考えておりますので、以下のアンケートにご協力をお願いします。 あてはまるものにチェックをつけ、( ) 内にご記入ください。

1 ご利用中に受けたサービスやアドバイスについて、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
お母さん自身のこころの休養
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できるようになったと思いますか？

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すか？

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。

ご協力ありがとうございました。

大阪市子ども青少年局子育て支援部管理課 (母子保健グループ)

【事業所確認欄】 〇左記内容を確認しました

事業者サイン:



大阪市産後ケア事業 実施報告一覧表  
年 月分

(契約書と同様にご記入をお願いします。)

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	利用者 (姓と名の間にスペース)	利用者フリガナ	利用日				区分	多胎	利用サービス	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)}			
北	大阪 花子	オオサカ ハナコ	10	11	12	13	14	15	16	A	3	ショート	7	43,500	2,125	289,625
1												ショート				
2												ショート				
3												ショート				
4												ショート				
5												ショート				
6												ショート				
7												ショート				
8												ショート				
9												ショート				
10												ショート				

小計

【デイケア】														
居住区	利用者 (姓と名の間にスペース)	利用者フリガナ	利用日				区分	多胎	利用サービス	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)}	
北	大阪 花子	オオサカ ハナコ	1	3	27	28	A	×	デイ	4	19,800	1,500	73,200	
1									デイ					
2									デイ					
3									デイ					
4									デイ					
5									デイ					
6									デイ					
7									デイ					
8									デイ					
9									デイ					
10									デイ					

小計

【アウトリーチ】													
居住区	利用者 (姓と名の間にスペース)	利用者フリガナ	利用日		↓以下↓ 入力不可	区分	多胎	利用サービス	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)}	
北	大阪 花子	オオサカ ハナコ	13	26		A	○	アウトリーチ	2	11,810	500	22,620	
1								アウトリーチ					
2								アウトリーチ					
3								アウトリーチ					
4								アウトリーチ					

小計

**【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	
デイ	
アウトリーチ	
合計	

請 求 書

年 月 日

大阪市長 様

住 所 〒

氏 名

次の通り請求します。

金 額	内 容
¥0 也	産後ケア事業に係る委託料

債権者登録済の金融機関の口座に振り込んでください。

債 権 者 番 号							
-----------	--	--	--	--	--	--	--

指 定 口 座							
---------	--	--	--	--	--	--	--

※A,B,C,D,Mよりご指定ください。

次に指定する金融機関の口座に振り込んでください。

金 融 機 関 名		預金種別	普通
支 店 名		口 座 番 号	
フリガナ			
口 座 名 義			

本市記入欄

局出納員・区会計 管理者確認印
--------------------

印影等照合先（契約番号等）	執行主管コード	支出命令番号
請求書等 認者認印		
業務区分	<input type="checkbox"/> 歳出 <input type="checkbox"/> 歳入 <input type="checkbox"/> 歳計外 <input type="checkbox"/> 基金	

担当者
-----

年 月 日

事業者名

## 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	児の
利用者氏名	多胎 <input type="checkbox"/>	生年月日	生年月日
( ) は児の名	( )		

子の状況	<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"/> 不自然なけがやあざあり
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"/> 児に対して否定的な言動あり
養育環境	<input type="checkbox"/> 気になる養育者の様子
	<input type="checkbox"/> きょうだいに手がかる
	<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 / : )
----------	--------------

産後ケア事業 事案等発生時報告様式

第 報

- 死亡事案  重症・重傷（治療を30日以上を要する）事案  
 その他（ ）

報告年月日 年 月 日  
 ・\*は夫加のめる物百に記入してください。  
 ・水色のセルはブルタウンより選択してください。

施設情報	施設名		施設設置者 (社名・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 (該当するものすべてに✓)		<input type="checkbox"/> 短期入所（ショートステイ）型 <input type="checkbox"/> 通所（デイサービス）型 <input type="checkbox"/> 居宅訪問（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	こどもの月齢	か月 日	こどもの性別	多胎児の場合は✓	
	利用開始月日	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 施設で講じた再発防止策 ※別途任意様式での作成も可		産婦		名、	児	名、
	病状・死因等 (既往歴)	【診断名】				(負傷の場合) 受傷部位	
		【病状】 (症状の程度)					
		【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	都道府県としての対応						

※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。

- 報告は事業者から利用者居住市町村→施設所在都道府県を経由して国に報告してください。施設所在市町村と委託元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。
- 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、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。

市町村担当者 \_\_\_\_\_  
 所属・役職 \_\_\_\_\_  
 連絡先 \_\_\_\_\_  
 (電) \_\_\_\_\_  
 (E-mail) \_\_\_\_\_

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： - -