

東かがわ市告示第**64**号

東かがわ市産後ケア事業実施要綱の一部を改正する告示を次のように定める。

令和7年3月31日

東かがわ市長 上村 一郎

東かがわ市産後ケア事業実施要綱の一部を改正する告示

東かがわ市産後ケア事業実施要綱（平成29年東かがわ市告示第25号）の一部を次のように改正する。

次の表の改正前の欄に掲げる規定を同表の改正後の欄に掲げる規定に下線で示すように改正する。

改正後	改正前
(趣旨) 第1条 略	(趣旨) 第1条 略 <u>(事業の種類及び利用期間)</u>
(事業の対象者) 第2条 事業の対象者は、市内に住所を有する出産後1年未満の産婦及びその乳児であって、次の各号のいずれかに該当するものとする。 (1)～(3) 略	第2条 事業の種類は次に掲げるとおりとし、利用期間はそれぞれ当該各号に定めるところによる。この場合において、事業の利用の初日及び最終日はそれぞれ1日とみなす。 (1) <u>宿泊型産後ケア 7日以内</u> (2) <u>デイサービス型産後ケア 7日以内</u> (事業の対象者) 第3条 事業の対象者は、市内に住所を有する出産後1年未満の母親及びその乳児であって、次の各号のいずれかに該当するものとする。 (1)～(3) 略 (4) <u>その他市長が必要と認める者</u>
2 前項の規定にかかわらず、養親、里親又は父親その他市長が必要と認める場合は、利用の対象とすることができる。 <u>(事業の種類及び利用期間)</u> 第3条 事業の種類は次に掲げるとおりとし、利用期間はそれぞれ当該各号に定めるところによる。この場合において、事業の利用の初日及び最終日はそれぞれ1日とみなす。 (1) <u>短期入所（ショートステイ）型産後ケア 7日以内</u> (2) <u>通所（デイサービス）型産後ケア 7日以内</u>	

改正後	改正前
2 事業の対象者が転入者である場合には、前項の規定にかかわらず、同項に定める利用期間から前住所地において既に利用した利用期間を減じた期間とする。 (事業の委託及び実施) 第4条 事業は、市長が適当と認める医療機関及び医療法（昭和23年法律第205号）第2条に規定する助産所（以下「<u>受託機関</u>」という。）に委託して実施するものとする。 2 前項の規定にかかわらず、市長が特別な事情があると認めたときは、<u>受託機関以外の医療機関等（以下「委託外機関」という。）</u>で、受託機関で受ける事業と同等の事業を受けられるものとする。 (事業の内容) 第5条 略 (1) 母親への保健指導及び栄養指導 (2) 母親への心理的ケア (3) 適切な授乳が実施できるためのケア（乳房ケアを含む） (4) 育児の手技についての具体的な指導及び相談 (5) 略 (利用の申込み) 第6条 略 2 前項の規定にかかわらず、市長がやむを得ない事情があると認める場合は、同項の申請書の提出を事業の利用を開始した後に行うことができる。 (利用の決定等) 第7条 略 2 市長は、前項の決定を行ったときには、速やかに、東かがわ市産後ケア事業利用承認通知書（様式第2号。以下「<u>承認通知書</u>」という。）又は東かがわ市産後ケア事業利用不承認通知書（様式第3号）により利用の可否の決定について、当該申請者に通知するものとする。 3 市長は、前項の規定に基づき利用を承認した申請者（以下「利用者」と	(事業の委託及び実施) 第4条 事業は、医療機関及び一般社団法人香川県助産師会の会員の助産師が属する助産所（以下「<u>委託医療機関等</u>」という。）において行うものとする。 (事業の内容) 第5条 事業の内容は、次に掲げるものとする。 (1) 産婦の母体の管理及び生活面の指導に関すること。 (2) 乳房管理に関すること。 (3) 沐浴、授乳等の育児指導に関すること。 (4) 略 (利用の申込み) 第6条 略 2 前項の規定にかかわらず、市長がやむを得ない事情があると認める場合は、同項の申請書の提出を<u>委託医療機関等に入所後</u>行うことができる。 (利用の決定等) 第7条 略 2 市長は、前項の決定を行ったときには、速やかに、東かがわ市産後ケア事業利用承認通知書（様式第2号）又は東かがわ市産後ケア事業利用不承認通知書（様式第3号）により利用の可否の決定について、当該申請者に通知するものとする。

改正後	改正前
いう。)に対し、東かがわ市産後ケア事業利用票(様式第4号。以下「利用票」という。)を交付するものとする。	
4 利用者は、事業を利用しようとするときは、受託機関に承認通知書を提示するとともに利用票を提出するものとする。	
(費用)	(費用)
第8条 事業の実施に要する1日当たりの費用の額(以下「費用」という。)は、毎年度市長と受託機関が協議して決定するものとする。	第8条 事業の実施に要する1日当たりの費用の額(以下「費用」という。)は、毎年度市長と委託医療機関等が協議して決定するものとする。
2 利用者は、別表に定める費用から助成額を除いた費用を受託機関に直接支払うものとする。ただし、自己負担額のほか、消耗品等の実費(産後ケア事業によるサービス提供に含まれるものを除く。)及び産後ケア事業以外のサービスに係る費用は、利用者がこれを負担するものとする。 (実施報告及び委託料の請求等)	2 利用者は、別表に定める費用から助成額を除いた費用を委託医療機関等に直接支払うものとする。ただし、自己負担額のほか、消耗品等の実費(産後ケア事業によるサービス提供に含まれるものを除く。)及び産後ケア事業以外のサービスに係る費用は、利用者がこれを負担するものとする。 (実施報告及び委託料の請求等)
第9条 受託機関は、事業を実施した月の翌月の末日までにその月分の事業の実施状況に関する利用票及び東かがわ市産後ケア事業委託料請求書(様式第5号。以下「委託請求書」という。)を市長に提出するものとする。	第9条 委託医療機関等は、事業を実施した月の翌月の末日までにその月分の事業の実施状況に関する東かがわ市産後ケア事業実施結果報告書(様式第4号)及び東かがわ市産後ケア事業委託料請求書(様式第5号)を市長に提出するものとする。
2 市長は、受託機関から前項の規定による委託料の請求を受けた場合には、利用票の内容を審査し、適当と認めたときは委託請求書を受理した日から30日以内に、前条第1項の規定により決定した額から同条第2項の規定による自己負担額を減じて得た額を、委託料として当該受託機関に支払うものとする。 (委託外機関で事業を受ける場合の手続き等)	2 市長は、委託医療機関等から前項の規定による委託料の請求を受けた場合には、報告書の内容を審査し、適当と認めたときは当該請求書を受理した日から30日以内に、前条第1項の規定により決定した額から同条第2項の規定により利用者が支払うべき額を減じて得た額を、委託料として当該委託医療機関等に支払うものとする。
第10条 市長は、利用者が第4条第2項に規定する場合には、東かがわ市産後ケア事業利用票(香川県外)(様式第6号。以下「県外利用票」という。)を交付するものとする。	
2 利用者は、委託外機関で事業を受けようとするときは、県外利用票を委託外機関へ提出するものとする。	

改正後	改正前																														
3 利用者は、委託外機関で事業を受けた場合には、その費用の全額を委託外機関に直接支払うものとする。 4 利用者は、委託外機関で事業を受けた場合には、<u>県外利用票、東かがわ市産後ケア事業費用請求書（様式第7号。以下「費用請求書」という。）及び委託外機関が発行した事業に係る領収書</u>その他事業に必要なとする書類を速やかに市長に提出するものとする。 5 市長は、事業の利用者から前項の規定による費用の請求を受けた場合は、<u>県外利用票等の内容を審査し、適当と認めたときは費用請求書を受理した日から30日以内に、第8条第1項の規定により決定した額を限度とし、同条第2項の規定に定める自己負担額との差額を、当該利用者に支払うものとする。ただし、費用請求書の額からは第8条第2項に規定する消耗品等の実費（産後ケア事業によるサービス提供に含まれるものを除く。）及び産後ケア事業以外のサービスに係る費用は除くものとする。</u> （記録の整備） 第11条 受託機関は、事業に関する事項を記録し実施年度の翌年度から起算して5年間保管しておくものとする。 （補則） 第12条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は、別に定める。 別表（第8条関係） <table><tr><th rowspan="2">事業名</th><th colspan="3">1日当たり利用者負担金</th></tr><tr><th>課税世帯</th><th>非課税世帯</th><th>生活保護世帯</th></tr><tr><td>短期入所（ショートステイ）型産後ケア</td><td>7,000円</td><td>3,500円</td><td>0円</td></tr><tr><td>通所（デイサービス）型産後ケア</td><td>3,000円</td><td>1,500円</td><td>0円</td></tr></table>	事業名	1日当たり利用者負担金			課税世帯	非課税世帯	生活保護世帯	短期入所（ショートステイ）型産後ケア	7,000円	3,500円	0円	通所（デイサービス）型産後ケア	3,000円	1,500円	0円	（記録の整備） 第10条 <u>委託医療機関等</u>は、事業に関する事項を記録し実施年度の翌年度から起算して5年間保管しておくものとする。 （補則） 第11条 略 別表（第8条関係） <table><tr><th rowspan="2">事業名</th><th colspan="3">1日当たり利用者負担金</th></tr><tr><th>課税世帯</th><th>非課税世帯</th><th>生活保護世帯</th></tr><tr><td>宿泊型産後ケア</td><td>7,000円</td><td>3,500円</td><td>0円</td></tr><tr><td>デイサービス型産後ケア</td><td>3,000円</td><td>1,500円</td><td>0円</td></tr></table>	事業名	1日当たり利用者負担金			課税世帯	非課税世帯	生活保護世帯	宿泊型産後ケア	7,000円	3,500円	0円	デイサービス型産後ケア	3,000円	1,500円	0円
事業名		1日当たり利用者負担金																													
	課税世帯	非課税世帯	生活保護世帯																												
短期入所（ショートステイ）型産後ケア	7,000円	3,500円	0円																												
通所（デイサービス）型産後ケア	3,000円	1,500円	0円																												
事業名	1日当たり利用者負担金																														
	課税世帯	非課税世帯	生活保護世帯																												
宿泊型産後ケア	7,000円	3,500円	0円																												
デイサービス型産後ケア	3,000円	1,500円	0円																												

改正後

様式第1号（第6条関係）

年 月 日

東かがわ市長 様

申請者 住 所
氏 名
(利用者との関係)
電 話

東かがわ市産後ケア事業利用申請書

次のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。

(同意事項)

- 1 申請につき市が所得状況及び住民基本台帳による世帯状況を調査することに同意します。また、生活保護の受給の有無について確認されることについて同意します。
- 2 転入等のため世帯の課税状況等が確認できない場合において、世帯の課税状況を証明する書類等を提出できない場合は住民税課税世帯とみなされることを承諾します。
- 3 世帯の課税状況等の変更があった場合には、速やかに申し出ます。またその結果として、自己負担額が変更になる場合があることを承諾します。
- 4 当該事業にかかる全ての利用者情報について、事業の実施や保健指導等のために必要に応じ、利用施設及び東かがわ市が共有することを承諾します。
- 5 当該事業の利用において、虚偽の申告に基づく利用やその他不正行為が認められた場合は、これにかかった費用を自費で支払います。

申請の種類	☐ 新規 ☐ 継続 (回目申請)		
利用者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	東かがわ市 電話 ()		
子の氏名		生 年 月 日	年 月 日
出産 (予定) 日	年 月 日	退院 (予定) 日	年 月 日
出産 (予定) 施設名			
利用希望施設			
申請理由 (具体的に記入)			
利用料区分	☐ 課税世帯 ☐ 非課税世帯 ☐ 生活保護世帯		
備 考			

※ この申請書を提出するときは、母子健康手帳をご持参ください。

改正前

様式第 1 号 (第 6 条関係)

年 月 日

東かがわ市長 殿

申請者 住 所
氏 名
(利用者との関係)
電 話

東かがわ市産後ケア事業利用申請書

次のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。

なお、申請につき市が所得状況及び住民基本台帳による世帯状況を調査することに同意します。

また、生活保護の受給の有無について確認されることについて同意します。

申請の種類	☐ 新規 ☐ 継続 (回目の申請)		
利用者氏名		生年月日	年 月 日
住 所	東かがわ市 電話 ()		
子の氏名		生年月日	年 月 日
出産 (予定) 日	年 月 日	退院 (予定) 日	年 月 日
出産 (予定) 施設名			
利用希望 事業・期間	☐ 宿泊型	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
	☐ デイサ ービス型	年 月 日 年 月 日 年 月 日	
		年 月 日 年 月 日 (日)	
利用希望施設			
申請理由 (具体的に記入)			
利用料区分	☐ 課税世帯 ☐ 非課税世帯 ☐ 生活保護世帯		
備 考			

※この申請書を提出するときは、母子健康手帳をご持参ください。

改正後				改正前			
様式第2号（第7条関係）				様式第2号（第7条関係）			
年 月 日				年 月 日			
様				様			
東かがわ市長				東かがわ市長			
東かがわ市産後ケア事業利用承認通知書				東かがわ市産後ケア事業利用承認通知書			
令和 年 月 日付け申請による産後ケア事業の利用について、次のとおり承認したので、通知します。				年 月 日付け申請による産後ケア事業の利用について、次のとおり承認したので、通知します。			
利用者氏名				利用者氏名			
子の氏名				子の氏名			
利用日数及び期間	短期入所(ショートステイ)型 日以内 通所(デイサービス)型 日以内	子の1歳の誕生日の前日まで		利用期間	☐ 宿泊型 ☐ デイサービス型	年 月 日～ 年 月 日 (日間) 年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 (日間)	
課税区分	☐ 課税世帯 ☐ 非課税世帯 ☐ 生活保護世帯			利用施設	名 称		
自己負担額	短期入所(ショートステイ)型	1日当たりの自己負担額 円			住 所		
	通所(デイサービス)型	1日当たりの自己負担額 円			連 絡 先		
				自己負担額	1日当たりの自己負担額 円		
※情報提供について 東かがわ市産後ケア事業利用申請書の内容及びサービス利用に必要な情報を利用施設に情報提供します。なお、利用者の健康状態等について、利用施設から市への情報提供について同意の上ご利用ください。				※情報提供について 東かがわ市産後ケア事業利用申請書の内容及びサービス利用に必要な情報を利用施設に情報提供します。なお、利用者の健康状態等について、利用施設から市への情報提供について同意の上ご利用ください。			

改正後

様式第4号(第7条関係)

東かがわ市 産後ケア事業利用票
利用初日は、この利用票の問診に必ず回答してから利用してください。
*出産から1年以内まで有効(この期間を過ぎると使用できません)

交付年月日

No.

フリガナ	産婦氏名		生年月日	年	月	日()歳
			出 産 日	年	月	日
住 所	香川県東かがわ市		番地	番 号		
			(電話)			
利 用 日	年 月 日		※短期入所(ショートステイ)型を出産に引き続き利用する場合は記載してください。			
利 用 方 法	☐ 通所(デイサービス)型 ☐ 短期入所(ショートステイ)型 ☐ 居宅訪問(アウトリーチ)型		出産施設: 退 院 日: 年 月 日			
本利用票に基づく産後ケアを依頼します。 東かがわ市長 印						
委託実施施設の長 様						
< 問 診 > ※年齢は利用当日現在で記載してください。						
利用者			利用乳児			
氏名・年齢	☐ 産婦と同じ		(男・女)		(男・女)	
	年 月 日(歳)		(生後 か月 日)		(生後 か月 日)	
アレルギー	無・有()		無・有()		無・有()	
持病	無・有()		無・有()		無・有()	
服用している薬	無・有()		無・有()		無・有()	
当日の体調	体温()℃ 良好・不良()		体温()℃ 良好・不良()		体温()℃ 良好・不良()	
かかりつけ医	(TEL)		(TEL)		(TEL)	
兄弟の 利用	氏名	性別	生年月日	氏名	性別	生年月日
		男・女	年 月 日 (歳 か月)		男・女	年 月 日 (歳 か月)
その他(家族の利用や配慮してほしいこと等)						
緊急連絡先	氏名(ふりがな)		(続柄)			
			(TEL)			

- (注)1.産後ケア事業を受けるときは、この利用票、利用承認通知書および母子健康手帳を必ず提示して、県内の実施施設で利用してください。
2.この利用票は、今回の出産に限り使用できます。
3.利用内容は、実施主体である東かがわ市に報告します。市では、必要に応じ、利用者に連絡することがありますのでご了承ください。
4.市外に転出した場合は、使えません。転出先で交換等してください。
5.香川県外の実施施設等で利用される場合は、利用票の交換が必要になる場合がありますので、こども家庭課までご連絡ください。
6.この利用票を紛失した場合は、原則として再発行はできません。

◎太線内は産婦自身でお書きください。

改正前

様式第4号(第9条関係)

東かがわ市産後ケア事業実施結果報告書

利用 者 住 所				
利用 者 氏 名			子 の 氏 名	
利 用 期 間	☐ 宿泊型	年 月 日～ 年 月 日まで (日間)		
	☐ デイサービス型	年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 (日)	年 月 日 年 月 日 年 月 日 年 月 日 (日)	
保健指導の内容 (該当するものを○で 囲んでください。)	☐ 産婦の母体管理 ☐ 生活面の指導 ☐ 乳房管理 ☐ 沐浴指導 ☐ 授乳等の育児指導 ☐ その他必要な指導 []			
	助産師実施 結果・所見			

上記利用者に対し、産後ケア事業を実施したので、実施結果を報告します。

年 月 日

東かがわ市長 殿

施設所在地
施設名称
代表者氏名

印

改正後

改正前

＜ 実 施 報 告 ＞
※実施報告は利用最終日に作成してください。

実施内容	☐ 母親への保健指導、栄養指導 ☐ 母親の心理的ケア ☐ 適切な授乳が実施できるためのケア（乳房ケアを含む） ☐ 育児の手技についての具体的な指導及び相談
母子の状況に関する所見	
助産師等の実施結果・所見	
引継事項	担当者名 継続支援の要否 ☐ 要 ☐ 否
備考	

東かがわ市 自己負担額・市請求額 （利用期間： 年 月 日～ 年 月 日）

利用方法	☐ 短期入所(ショートステイ)型 ☐ 通所(デイサービス)型 ☐ 居宅訪問(アウトリーチ)型	
課税区分	☐ 課税世帯 ☐ 非課税世帯 ☐ 生活保護世帯	
	自己負担額	東かがわ市請求額
基本額	円	円
加 算	☐ 多胎(人) ☐ 兄弟姉妹 ☐ 4か月以上 ☐ 要支援	円
合 計		円
年 月 日 実施施設住所 実施施設名 担当者名		

改正後					改正前				
様式第5号（第9条関係） 東かがわ市産後ケア事業委託料請求書					様式第5号（第9条関係） 東かがわ市産後ケア事業委託料請求書				
東かがわ市長 様					東かがわ市長 殿				
実施施設所在地 実施施設名 代表者氏名					助産所所在地 名 称 代表者氏名				
産後ケア事業委託料を次のとおり請求します。 請求金額 円(年 月分) (内訳) ※課税区分がない場合は、まとめて住民税課税欄に記入してください。					東かがわ市産後ケア事業実施要綱第9条の規定により委託料を下記のとおり請求します。				
利用方法	区分	請求単価	利用日数(回数)	請求額					
短期入所(ショートステイ)型	課税区分	住民税課税							
		住民税非課税							
	加算	生活保護							
		多胎							
通所(デイサービス)型	課税区分	住民税課税							
		住民税非課税							
	加算	生活保護							
		多胎加算							
居宅訪問(アウトリーチ)型	課税区分	住民税課税							
		住民税非課税							
	加算	生活保護							
		多胎加算							
合計									
振込先口座					1. 請求額 円				
金融機関名	本(支)店名				(内 訳)	実施日数	単 価	金額(実施日数×単価)	内食事代
種別	□普通 □当座				宿泊型			円	
口座番号					デイサービス型			円	
フリガナ					合 計				
口座名義人					2. 振込先				
金融機関名		銀行 金庫 農協		本店 支店 出張所					
預金種目		□普通 □当座		口座番号					
(フリガナ) 口座名義人									

改正後

改正前

様式第6号（第10条関係）

東かがわ市 産後ケア事業利用票（香川県外）

利用初日は、この利用票の問診に必ず回答してから利用してください。

＊出産から1年以内まで有効（この期間を過ぎると使用できません）

交付年月日

No.

◎太線内は産婦自身でお書きください。

フリガナ			生年月日	年 月 日 () 歳	
産婦氏名			出 産 日	年 月 日	
住 所	香川県東かがわ市		番 地	番 号 (電話)	
利 用 日	年 月 日		※短期入所（ショートステイ）型を出産に引き続き利用 する場合は記載してください。		
利 用 法	☐ 通所（デイサービス）型 ☐ 短期入所（ショートステイ）型 ☐ 居宅訪問（アウトリーチ）型		出産施設：	退 院 日： 年 月 日	
香川県外の医療機関等において本利用票に基づく産後ケアを依頼します。 東かがわ市長 印					
実施施設の長 様					
＜ 問 診 ＞※年齢は利用当日現在で記載してください。					
	利用者		利用乳児		
氏名・年齢	☐ 産婦と同じ 年 月 日 (歳)		(男・女)	(男・女)	
アレルギー	無・有 ()		(生後 か月 日)	(生後 か月 日)	
持病	無・有 ()		無・有 ()	無・有 ()	
服用している薬	無・有 ()		無・有 ()	無・有 ()	
当日の体調	体温 ()℃ 良好・不良 ()		体温 ()℃ 良好・不良 ()	体温 ()℃ 良好・不良 ()	
かかりつけ医	(TEL)		(TEL)	(TEL)	
兄弟 の 利用	氏名	性別	生年月日	氏名	性別
	男	女	年 月 日 (歳 か月)	男	女
その他（家族の利用や配慮してほしいこと等）					
緊急連絡先	氏名(ふりがな)		(続柄)		
			(TEL)		

(注)1.産後ケア事業を受けるときは、この利用票、利用承認通知書および母子健康手帳を必ず提示して、実施施設で利用してください。

2.この利用票は、今回の出産に限り使用できます。

3.利用内容は、実施主体である東かがわ市に報告します。市では、必要に応じ、利用者に連絡することがありますのでご了承ください。

4.市外に転出した場合は、使えません。転出先で交換等してください。

5.香川県内の実施施設等で利用される場合は、利用票の交換が必要になる場合がありますので、こども家庭課までご連絡ください。

6.この利用票を紛失した場合は、原則として再発行はできません。

改正後

改正前

< 実 施 報 告 >

※実施報告は利用最終日に作成してください。

実施内容	☐ 母親への保健指導、栄養指導 ☐ 母親の心理的ケア ☐ 適切な授乳が実施できるためのケア（乳房ケアを含む） ☐ 育児の手技についての具体的な指導及び相談
母子の状況に関する所見	
助産師等の実施結果・所見	
引継事項	担当者名
	継続支援の要否 ☐ 要 ☐ 否
備考	
年 月 日 実施施設住所 実施施設名 担当者名	
東かがわ市長 宛 上記のとおり、産後ケア事業を利用したので、助成金を申請いたします。また、東かがわ市が必要に応じ、この申請内容について医療機関等に照会することに同意します。 年 月 日 利用者氏名	

(注) 助成金を申請するときは、本票に、請求書、領収書及び診療明細書を添えて、下記まで提出してください。

(届出先) 東かがわ市役所こども家庭課

改正後					改正前				
様式第 7 号 (第10条関係)									
東かがわ市産後ケア事業費用請求書									
年 月 日									
東かがわ市長 様									
受 給 者		住 所		東かがわ市					
		氏 名							
		生年月日		年 月 日					
請求者氏名									
連絡先									
産後ケア事業費用を次のとおり請求します。									
請求金額 円									
(内訳)									
利用方法		区分		請求単価		利用日数(回数)		請求額	
短期入所(ショートステイ)型		課税区分		住民税課税					
				住民税非課税					
				生活保護					
加算		多胎							
通所(デイサービス)型		課税区分		住民税課税					
				住民税非課税					
				生活保護					
加算		多胎加算							
居宅訪問(アウトリーチ)型		課税区分		住民税課税					
				住民税非課税					
				生活保護					
加算		多胎加算							
合計									
振込先口座									
金融機関名		銀行		本店		支店		出張所	
		金庫							
		農協							
種別		☐ 普通 ☐ 当座							
口座番号									
フリガナ									
口座名義人									

附 則

この告示は、令和 7 年 4 月 1 日から施行する。