

東かがわ市告示第52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8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
<p>(事業の種類及び利用期間)</p> <p>第3条 事業の種類は次に掲げるとおりとし、利用期間は<u>1回の出産につき</u>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。</p> <p>(1)・(2) 略</p> <p>(3) <u>居宅訪問（アウトリーチ）型産後ケア 5日以内</u></p> <p>2 略</p> <p>(自己負担額の助成)</p> <p>第8条の2 略</p> <p>2 略</p> <p>(1) 略</p> <p>(2) 非課税世帯以外の世帯 1回（泊）当たり <u>2,500円</u></p>	<p>(事業の種類及び利用期間)</p> <p>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。</p> <p>(1)・(2) 略</p> <p>2 略</p> <p>(自己負担額の助成)</p> <p>第8条の2 略</p> <p>2 前項の規定による自己負担額の助成額は、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める額を上限とする。</p> <p>(1) 略</p> <p>(2) 非課税世帯以外の世帯 1回（泊）当たり <u>5,000円</u></p>

改正後

別表（第8条関係）

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	4,500円	3,500円	0円
通所（デイサービス）型産後ケア	2,500円	1,500円	0円
居宅訪問（アウトリーチ）型産後ケア	0円	0円	0円

改正前

別表（第8条関係）

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

改正後	改正前
-----	-----

様式第1号（第6条関係）	様式第1号（第6条関係）
--------------	--------------

<p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>東かがわ市長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 氏名 (利用者との関係) 電話</p> <p style="text-align: center;">東かがわ市産後ケア事業利用申請書</p>	<p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>東かがわ市長 様</p> <p style="text-align: right;">申請者 住所 氏名 (利用者との関係) 電話</p> <p style="text-align: center;">東かがわ市産後ケア事業利用申請書</p>
---	---

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。

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 (妊娠中の方)	年 月 日	退院(予定)日 (出産後の方)	年 月 日
出産(予定)施設名			
申請理由 (具体的に記入)			
利用料区分	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 ※ 該当年1月2日以降に東かがわ市に転入された方で、非課税世帯の方その内容を証明する書類を提出してください。		
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。

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	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 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			
利用希望施設			
申請理由 (具体的に記入)			
利用料区分	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 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。産後ケア事業ご利用の際には、必ず本通知書を毎回ご提示ください。

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。

利用者氏名		
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	子の1歳の誕生日の前日まで
	通所(デイサービス)型 日以内	
	居宅訪問(アウトリーチ)型 日以内	
課税区分	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯	
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
	通所(デイサービス)型	1日当たりの自己負担額 円
	居宅訪問(アウトリーチ)型	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。

利用者氏名		
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	子の1歳の誕生日の前日まで
	通所(デイサービス)型 日以内	
課税区分	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯	
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
	通所(デイサービス)型	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。

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年未満まで有効(この期間を過ぎると使用できません)
 交付年月日

◎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 (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	<input type="checkbox"/> 通所(デイサービス)型 <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ)型 <input type="checkbox"/> 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 > ※該当する項目には☑してください。						
利用者	利用者		利用乳児			
氏名・性別	☐産婦と同じ		(男・女)		(男・女)	
年齢(利用日現在)	年 月 日(歳)	(生後 か月 日)		(生後 か月 日)		
アレルギーあり	☐ ()	☐ ()	☐ ()			
持病あり	☐ ()	☐ ()	☐ ()			
現在、服用薬あり	☐ ()	☐ ()	☐ ()			
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	フリガナ 氏名	性別	生年月日	フリガナ 氏名	性別	生年月日
	男・女	男・女	年 月 日 (歳 か月)	男・女	男・女	年 月 日 (歳 か月)
特記事項	<input type="checkbox"/> 赤ちゃんに医療的ケア(内服以外)必要 <input type="checkbox"/> 障害者手帳あり <input type="checkbox"/> 赤ちゃんに怒りや憎しみを感じる <input type="checkbox"/> 1日の大半で気分が落ち込む・涙がでる <input type="checkbox"/> 赤ちゃんや自分を傷つけそうになる 【その他・家族の利用や配慮してほしいところがあればご記入ください】					
緊急連絡先	氏名(フリガナ)		(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。

改正前

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.

◎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	<input type="checkbox"/> 通所(デイサービス)型 <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ)型 <input type="checkbox"/> 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	利用者		利用乳児			
氏名・年齢	☐産婦と同じ		(男・女)		(男・女)	
年齢(利用日現在)	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	フリガナ 氏名	性別	生年月日	フリガナ 氏名	性別	生年月日
	男・女	男・女	年 月 日 (歳 か月)	男・女	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(フリガナ)		(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。

改正後

< 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	<input type="checkbox"/> 保健指導、栄養指導 <input type="checkbox"/> 心理的ケア <input type="checkbox"/> 適切な授乳が実施できるためのケア（乳房ケアを含む） <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 支援の必要性があると認める（加算要件） <div style="text-align: center;">担当者名</div>
引継事項	
備考	継続支援の要否 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 市町が支援の必要性があると認めたもの（加算要件）

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	<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			
課税区分	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯			
受入	<input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 4か月以上 <input type="checkbox"/> 流死産	基準額	自己負担額	東かがわ市請求額
		加算	<input type="checkbox"/> 多胎(人) <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 遠方(□1,600円、□3,200円)	
		合計		
年 月 日				
実施施設住所 実施施設名 担当者名				

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	<input type="checkbox"/> 母親への保健指導、栄養指導 <input type="checkbox"/> 母親の心理的ケア <input type="checkbox"/> 適切な授乳が実施できるためのケア（乳房ケアを含む） <input type="checkbox"/> 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	<div style="text-align: center;">担当者名</div>
引継事項	
備考	継続支援の要否 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否

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	<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	
課税区分	<input type="checkbox"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 非課税世帯 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 多胎(人) <input type="checkbox"/> 兄弟 <input type="checkbox"/> 4か月以上 <input type="checkbox"/> 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)

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

東かがわ市産後ケア事業委託料請求書

東かがわ市長 様
年 月 日

東かがわ市長 様
年 月 日

実施施設所在地
実施施設名
代表者氏名 印

実施施設所在地
実施施設名
代表者氏名 印

産後ケア事業委託料を次のとおり請求します。

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)

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。

(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。

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		
		ハイリスク		
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		
		ハイリスク		
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		
		ハイリスク		
		遠方加算		
合計				

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		
		ハイリスク		
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		
		ハイリスク		
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		
		ハイリスク		
合計				

振込先口座

振込先口座

金融機関名		本(支)店名	
種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		
口座番号			
フリガナ			
口座名義人			

金融機関名		本(支)店名	
種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		
口座番号			
フリガナ			
口座名義人			

改正後

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、この利用票の間診に必ず回答してから利用してください。
 *出産から1年未満まで有効(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			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 (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	<input type="checkbox"/> 通所(デイサービス)型 <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ)型 <input type="checkbox"/> 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						
実施施設の長 様						
< 問 診 > ※該当する項目には☑してください。						
利用者			利用乳児			
氏名・性別			(男・女)		(男・女)	
年齢(利用日現在)			(生後 か月 日)		(生後 か月 日)	
アレルギーあり			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
持病あり			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
現在、服用薬あり			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
当日の体調			体温()℃ 良好・不良()		体温()℃ 良好・不良()	
かかりつけ医			(TEL)		(TEL)	
兄弟の 利用	フリガナ 氏名	性別	生年月日	フリガナ 氏名	性別	生年月日
	男・女	男・女	年 月 日 (歳 か月)	男・女	男・女	年 月 日 (歳 か月)
特記事項	<input type="checkbox"/> 赤ちゃんに医療的ケア(内服以外)必要 <input type="checkbox"/> 障害者手帳あり <input type="checkbox"/> 赤ちゃんに怒りや憎しみを感じる <input type="checkbox"/> 1日の大半で気分が落ち込む・涙がでる <input type="checkbox"/> 赤ちゃんや自分を傷つけそうになる 【その他・家族の利用や配慮してほしいところがあればご記入ください】					
緊急連絡先	氏名(フリガナ)		(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。

◎太線内は産婦自身でお書きください。

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、この利用票の間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			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	<input type="checkbox"/> 通所(デイサービス)型 <input type="checkbox"/> 短期入所(ショートステイ)型 <input type="checkbox"/> 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き産後ケアを依頼します。 東かがわ市長						
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			(男・女)		(男・女)	
アレルギー			無・有()		無・有()	
持病			無・有()		無・有()	
服用している薬			無・有()		無・有()	
当日の体調			体温()℃ 良好・不良()		体温()℃ 良好・不良()	
かかりつけ医			(TEL)		(TEL)	
兄弟の 利用	フリガナ 氏名	性別	生年月日	フリガナ 氏名	性別	生年月日
	男・女	男・女	年 月 日 (歳 か月)	男・女	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(フリガナ)		(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

＜ 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	<input type="checkbox"/> 保健指導、栄養指導 <input type="checkbox"/> 心理的ケア <input type="checkbox"/> 適切な授乳が実施できるためのケア（乳房ケアを含む） <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 支援の必要性があると認める <div style="text-align: right;">担当者名</div>
引継事項	
備考	継続支援の要否 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 市町が支援の必要性があると認めたもの
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。 <div style="text-align: right;">年 月 日 利用者氏名</div>	

(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	<input type="checkbox"/> 母親への保健指導、栄養指導 <input type="checkbox"/> 母親の心理的ケア <input type="checkbox"/> 適切な授乳が実施できるためのケア（乳房ケアを含む） <input type="checkbox"/> 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	
備考	継続支援の要否 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否
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。 <div style="text-align: right;">年 月 日 利用者氏名</div>	

(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)

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

東かがわ市産後ケア事業費用請求書

年 月 日

年 月 日

東かがわ市長 様

東かがわ市長 様

請求者氏名 _____ ㊤

住所 _____

連絡先 _____

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。

産後ケア事業費用を次のとおり請求します。

請求金額 _____ 円

請求金額 _____ 円

(内訳)

(内訳)

利用方法	区分	請求単価	利用回数(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		
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		
合計				

利用方法	区分	請求単価	利用回数(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

金融機関名		本(支)店名	
種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		
口座番号			
フリガナ		
口座名義人			

振込先口座

金融機関名		銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所
種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座		
口座番号			
フリガナ		
口座名義人			

附 則

この告示は、令和8年4月1日から施行する。