

(様式1号-1)

加古川市産後ケア事業 利用申請書兼情報提供同意書

加古川市長 様

年 月 日

次のとおり加古川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)	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日 ( 歳)
	住所	〒		電話		様方
	出産医療機関		出産日	年	月	日 (在胎 週) <input type="checkbox"/> 帝王切開
	フリガナ 児氏名	(第 子)	性別	男・女	出生 体重	g
	多胎の場合 フリガナ 児氏名	(第 子)	性別	男・女	出生 体重	g
兄弟利用の場合 フリガナ 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。					
		(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			
			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"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯					
利用券の 交付方法						
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	<input type="checkbox"/> 本申請に関する内容を加古川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加古川市に情報提供することに同意します。 <input type="checkbox"/> 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や生活保護受給状況の調査をすることに同意します。					
実施機関の 予約方法	<input type="checkbox"/> 初回から自分で予約					
留意事項	※利用日時点で加古川市民でない場合は、全額自己負担になりますので、ご注意ください。					

(様式1号ー2)

加古川市産後ケア事業 利用申請書兼情報提供同意書

加古川市長 様

年 月 日

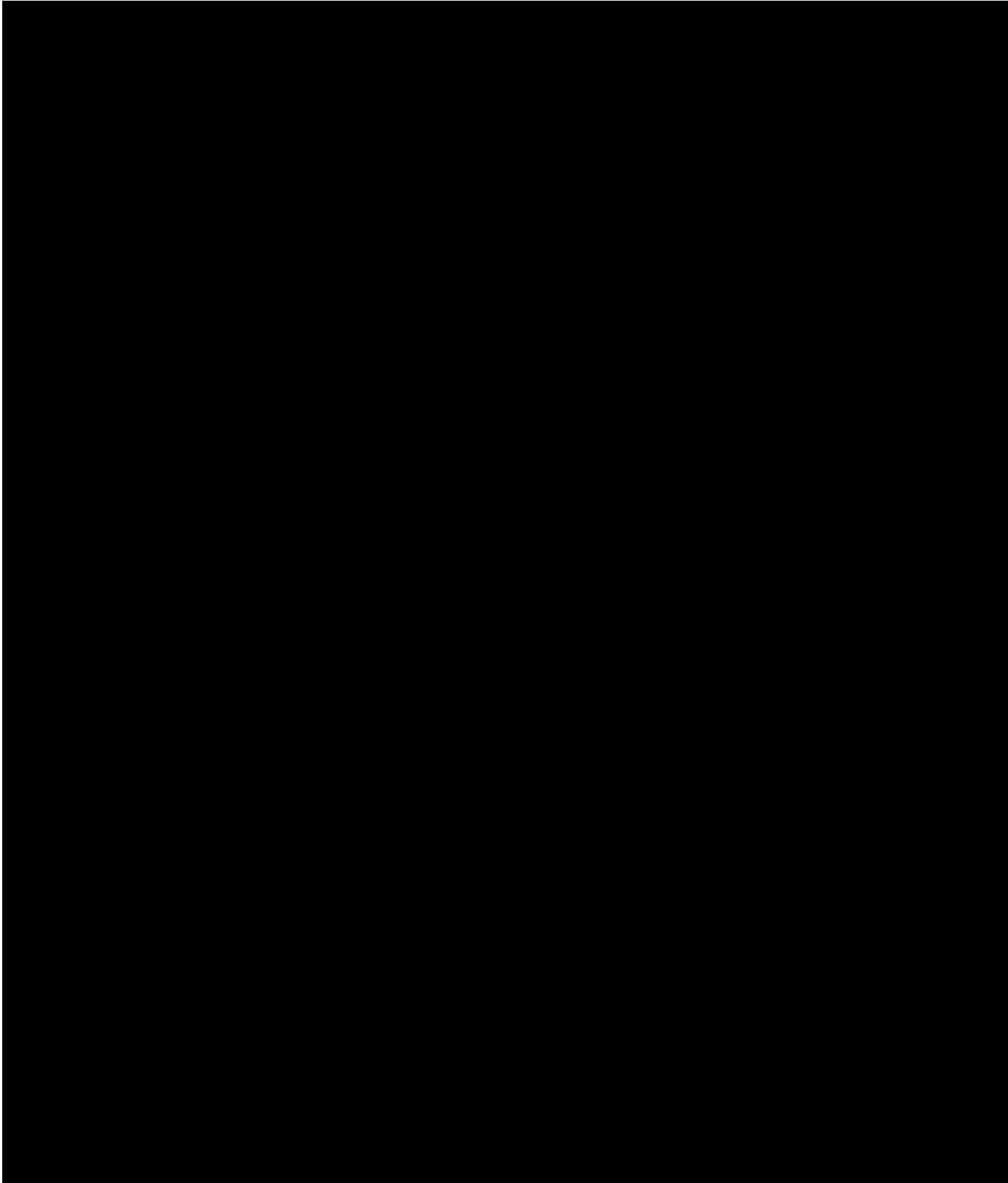
次のとおり加古川市産後ケア事業の利用を申請します。 [  新規  追加 ]

利用希望者	フリガナ 氏名		生年月日	年	月	日 ( 歳)
	住所					
	医療機関		時期	<input type="checkbox"/> 流産 <input type="checkbox"/> 死産 年 月 日 (在胎 週)		
	兄弟利用の場合 フリガナ 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。		性別	男・女	生年月日 年 月 日 ( 歳)
世帯構成	氏名	利用者との 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"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯					
利用券の 交付方法						
申請理由・ 利用目的	<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 ( )					
同意書	<input type="checkbox"/> 本申請に関する内容を加古川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加古川市に情報提供することに同意します。 <input type="checkbox"/> 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や生活保護受給状況の調査をすることに同意します。					
実施機関の 予約方法	<input type="checkbox"/> 初回から自分で予約					
留意事項	※利用日時点で加古川市民でない場合は、全額自己負担になりますので、ご注意ください。					

(様式2号-1)

# 加古川市産後ケア事業 利用券

発行番号		利用期限		年	月	日
利用者	フリガナ 母氏名	出産日		年	月	日 (在胎 週)
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 ( )	
種別	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)	
利用上限	日以内		時間以内		時間以内	
自己負担額	①基本額 ②多胎利用	円 円	①基本額 ②多胎利用	円 円	①基本額 ②多胎利用	円 円
世帯区分	1日あたりの負担額(①②)		1時間あたりの負担額(①②)		1時間あたりの負担額(①②)	
( )	計	0 円	計	0 円	計	0 円



## 加古川市 産後ケア利用券

下記利用者の産後ケアの利用を承認します。  
利用サービス、利用上限については、中面に記載  
のとおりです。

加古川市長 岡田 康裕

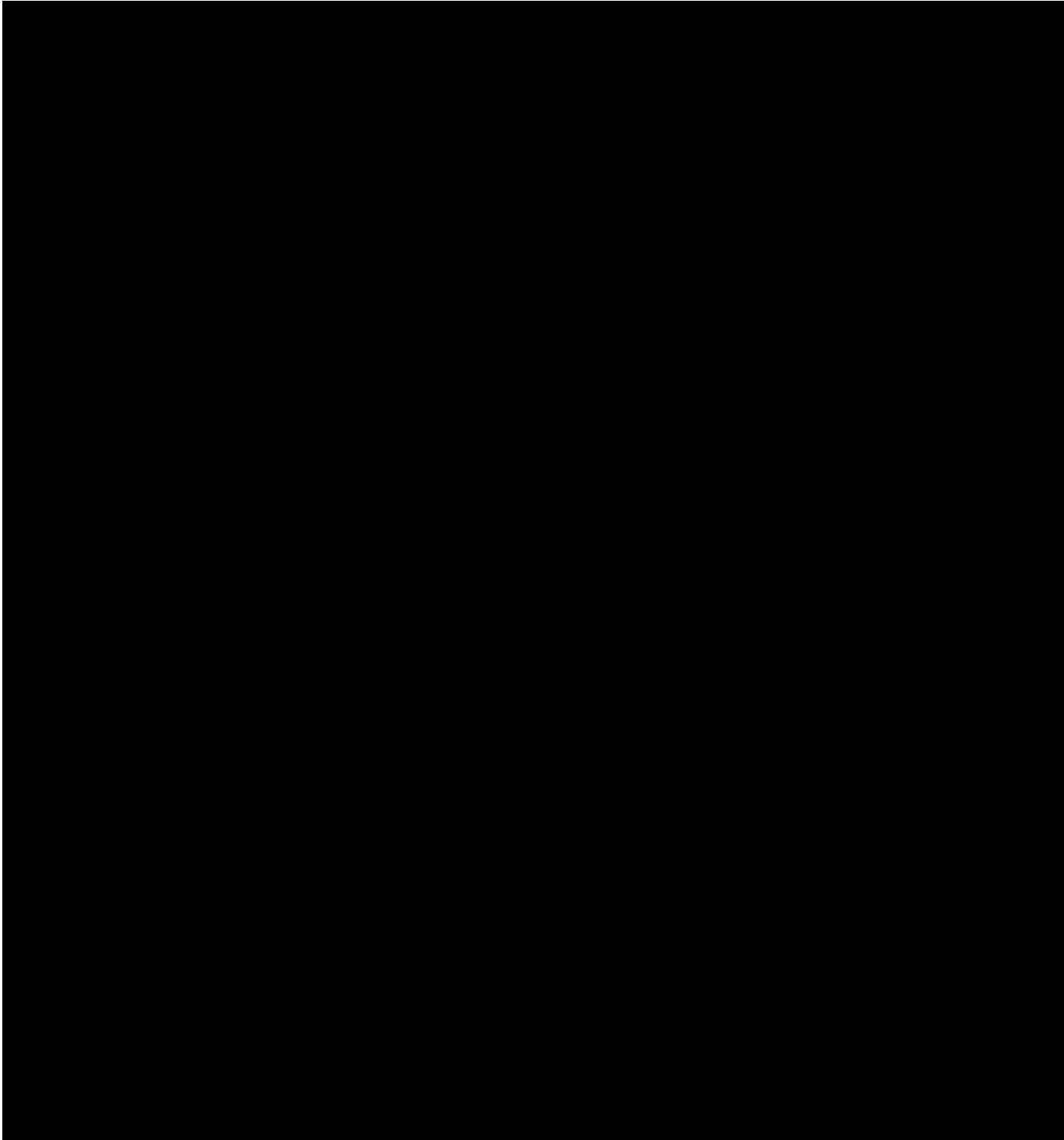
発行日	年	月	日
利用期限	年	月	日
発行番号			
利用者	フリガナ		
	母氏名		
利用者	フリガナ		
	児氏名		

この利用券を、産後ケア事業協力機関に提示することで、利用券の中面に記載しているサービスを受けられます。  
利用にあたって、不明点がありましたら、下記までお問い合わせ  
ください。

問い合わせ先:加古川市

# 加古川市産後ケア事業 利用券

発行番号			利用期限	年 月 日
利用者	ふりがな 氏名		時期	年 月 日 (在胎 週)
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 ( )		
種別	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)	
利用上限	日以内	時間以内	時間以内	
自己負担額	①基本額 円	①基本額 円	①基本額 円	
	②多胎利用 円	②多胎利用 円	②多胎利用 円	
世帯区分 ( )	1日あたりの負担額(①②) 計 0 円	1時間あたりの負担額(①②) 計 0 円	1時間あたりの負担額(①②) 計 0 円	



## 加古川市 産後ケア利用券

下記利用者の産後ケアの利用を承認します。  
利用サービス、利用上限については、中面に記載  
のとおりです。

加古川市長 岡田 康裕

発行日	年	月	日
利用期限	年	月	日
発行番号			
カガナ 利用者氏名			

この利用券を、産後ケア事業協力機関に提示することで、利用券の中面に記載しているサービスを受けられます。  
利用にあたって、不明点がありましたら、下記までお問い合わせ  
ください。

問い合わせ先:加古川市

(様式3号)

年 月 日

様

加古川市

### 加古川市 産後ケア事業 利用不承認通知書

年 月 日付けで申請のありました加古川市産後ケア事業の利用については、次の理由により不承認とします。

申請者氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
住所	〒 電話		
不承認理由			

#### 【問合せ先】

加古川市 〒 675-8501 住所:加古川市加古川町北在家2000番地 電話:
---

(様式4号)

年 月 日

産後ケア事業実施事業者 御中

加古川市

### 加古川市 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	※利用上限・利用期限は別添「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"/> 課税世帯 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <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
	<b>1日あたりの契約額(①②③)</b> <b>計 _____ 円</b>	<b>1時間あたりの契約額(①②③)</b> <b>計 _____ 円</b>	<b>1時間あたりの契約額(①②③)</b> <b>計 _____ 円</b>
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
	<b>1日あたりの負担額(①②)</b> <b>計 _____ 円</b>	<b>1時間あたりの負担額(①②)</b> <b>計 _____ 円</b>	<b>1時間あたりの負担額(①②)</b> <b>計 _____ 円</b>
	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
	<b>1日あたりの委託料(①②③)</b> <b>計 _____ 円</b>	<b>1時間あたりの委託料(①②③)</b> <b>計 _____ 円</b>	<b>1時間あたりの委託料(①②③)</b> <b>計 _____ 円</b>

【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)

# 加古川市 産後ケア事業 利用報告書

加古川市長 様

令和 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 <b>【連絡方法】</b> <input type="checkbox"/> 養育支援ネット <input type="checkbox"/> 電話(加古川市役所 育児保健課 電話番号: 079-427-9325 )
-------------------------------------	---

## 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回ごとに加古川市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市への連絡	<input type="checkbox"/> 市への連絡済み ( / )	

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市への連絡	<input type="checkbox"/> 市への連絡済み ( / )	

(様式6号)

加古川市産後ケア事業 請求書

加古川市長 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

令和 年 月 日

請求者

Table with fields: 所在地, 名称, 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】

Table with fields: 金機関名, 銀行・信用金庫, 支店, 支店コード, 口座種別, 口座番号, (フリガナ) 口座名義人

【集計表】

Main summary table with columns: 発行番号, 利用者氏名, 所得区分, 利用数, 加算, 委託料 (基本額, 加算), 合計請求額

※市記入欄

宿泊 通所 訪問

型ごとの延人数

型ごとの実人数

Rate table with columns: 型, 基本額(課税), 基本額(非課税), 基本額(生保), 多胎加算(課税), 多胎加算(非課税), 多胎加算(生活保護), 要支援

(様式7号)

産後ケア事業 事案等発生時報告様式

第 報

国様式

死亡事案 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。
水色のセルはプ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, 事案発生時の状況等, 市町村の対応等, 都道府県の対応等. Includes fields for facility name, location, staff, incident date, and medical details.

※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。
第1報は赤枠(太枠)内について報告してください。
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。

市町村担当者

所属・役職

連絡先 (電話)

(E-mail)

## 教育・保育施設等事故報告書

基本情報								
事故報告回数				施設・事業所名称				
事故報告年月日				施設・事業所所在地				
事故報告自治体 (都道府県・市区町村)				施設・事業所代表者等				
施設・事業所種別				施設・事業所設置者等 (社名・法人名・自治体名等)				
認可・認可外の区分				施設・事業開始年月日 (開設、認可、事業開始等)				
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	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳以上	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								
(負傷の場合)受傷部位								
(負傷の場合)負傷状況								
診断名、病状、病院名	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。

※ 第2報は、記載内容について保護者の了解を得た後に、各自自治体へ報告してください。

(兵庫県追記:集合契約の場合は、事業所→施設所在地市町→県を経由して国に報告を行います。)

※ 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。

※ 意識不明事故に該当しないものの、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7年3月21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

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】	

自治体コメント【必須】
(自治体による事故発生時の要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。)

【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、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を除く。)、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を除く。)及び認可外保育施設(企業主導型保育施設を含む。)</p> <p>→ 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(ninkagaihoikushisetsu.shidou@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 乳児等通園支援事業(こども誰でも通園制度)</p> <p>→ こども家庭庁成育局保育政策課地域支援係(hoikuseisaku.newkyuufu@cfa.go.jp)</p> <p>⑧ 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(i.syouhisya.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。  
 ※ 裏面の記載事項は、大半部分を公表する予定であるため、個人情報(対象児氏名、搬送先病院名等)は記載しないでください。