

## 川崎市産後ケア事業実施要綱

令和7年4月1日  
7川こ児第7974号  
市長決裁

### (目的)

第1条 川崎市産後ケア事業（以下「本事業」という。）は、産後に心身の不調や育児不安等を抱える産婦及び乳児（以下「母子」という。）を対象に、心身のケアや育児の支援その他母子の健康の維持及び増進に必要な支援を行うことにより、母子に対する支援体制を確立し、もって育児支援の充実に資することを目的とする。

### (支援を実施する者)

第2条 本事業の実施主体は、川崎市とする。なお、本事業の趣旨を理解し、適切な実施を期待できる事業者に事業の実施を委託して行うものとする。本事業の委託を受ける者（以下「受託事業者」という。）は、次条から第6条までに定める要件のいずれかを満たすものとする。

2 前項の規定により、委託を受けようとする場合は、川崎市産後ケア事業実施基本計画書（第1号様式）を市長に提出しなければならない。

### (宿泊型の委託)

第3条 宿泊型を委託できる事業者は、市内にある病院、診療所（以下「医療機関」という。）及び助産所であって、次に掲げる要件を全て満たすものとする。

(1) 助産師、保健師又は看護師を24時間体制で1名以上配置することとし、午後6時から翌日午前8時までの間については2名以上配置し、宿泊により実施すること。

(2) 食事の提供ができること。

(3) 入浴施設を有していること。

(4) 第8条第1項に規定する宿泊型の内容を提供できること。

(5) 必要に応じて支援を受けられる産科又は小児科の医師との連携体制を整備すること。

(6) 本事業の実施について、こども未来局児童家庭支援・虐待対策室母子保健担当（以下「母子保健担当」という。）と連携・調整を行うことができること。

### (日帰り型の委託)

第4条 日帰りロング型及び日帰りショート型（以下「日帰り型」という。）を委託できる事業者は、医療機関及び助産所であって、次に掲げる要件を全て満たすものとする。

(1) 助産師を1名以上常駐させ、来所した母子に対し宿泊を伴わずに実施すること。

(2) 日帰りロング型は、食事の提供ができること。

- (3) 日帰りロング型は、沐浴ができる施設を有していること。
- (4) 第8条第1項に規定する日帰り型の内容を提供できること。
- (5) 必要に応じて支援を受けられる産科又は小児科の医師との連携体制を整備すること。
- (6) 本事業の実施について、母子保健担当と連携・調整を行うことができること。

(訪問型の委託)

第5条 訪問型を委託できる事業者は、市内にある助産所及び本事業を実施できる訪問看護事業所であって、次に掲げる要件を全て満たすものとする。

- (1) 助産師を母子の居宅に訪問させて実施すること。
- (2) 第8条第1項に規定する訪問型の内容を提供できること。
- (3) 本事業の実施について、母子保健担当と連携・調整を行うことができること。

(医療型の委託)

第6条 医療型を委託できる事業者は、市内にある医療機関であって、次に掲げる要件を全て満たすものとする。

- (1) 助産師、保健師又は看護師を24時間体制で1名以上配置することとし、午後6時から翌日午前8時までの間については2名以上配置し、宿泊により実施すること。
- (2) 本事業を安全・快適に提供できる施設設備を備えていること。
- (3) 食事の提供ができること。
- (4) 入浴施設を有していること。
- (5) 第8条第1項に規定する医療型の内容を提供できること。
- (6) 本事業の実施について、母子保健担当と連携・調整を行うことができること。

(対象者)

第7条 本事業の利用対象者は、市内に住所を有する者のうち、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める母子とする。ただし、感染症に罹患している者及び入院加療を必要とする状態にある者については、利用対象者とししない。

- (1) 宿泊型 出産後4か月未満の母子（早期早産児の場合にあつては修正月齢。以下本条において同じ。）であつて、医療型の対象に該当しない者。
- (2) 日帰り型及び訪問型 出産後1年未満の母子
- (3) 医療型 出産後4か月未満の母子であつて、次のいずれかに該当する者
  - ア 内服薬管理、インスリン注射、導尿等の医療行為が必要であるが、原則自己管理ができる者で、入院加療の必要がなく、医師により医療型の利用が可能であると判断される者。
  - イ 虐待予防の観点から特に医療型の利用が必要と市長が認める者。
  - ウ その他市長が特に必要と認める者。

(事業内容)

第8条 受託事業者は、本事業を利用する母子（以下「利用者」という。）に対して、母体の体力の回復を促し、母体ケア及び乳児ケアを実施し、今後の育児に資する指導及び相談を実施するものとし、別表第1に掲げる種別に応じ、同表に掲げる内容のサービスを提供するものとする。

2 受託事業者は、本事業の実施にあたり、管理責任者を定め、別に定める「産後ケア事業の安全管理の手引き」の内容を遵守しなければならない。

(利用日数)

第9条 本事業の利用日数は、利用の初日及び最終日を含め通算7日以内とする。ただし、多胎児の場合は、乳児1人につき通算7日以内とする。

(費用)

第10条 受託事業者が利用者に提供する事業の費用は、別表第2に定める額とする。

2 次の各号に掲げる項目に該当する場合は、それぞれ別表第3に定める額を前項に加算する。

(1) 宿泊型、日帰り型又は医療型において、多胎児を受け入れた場合

(2) 日帰りにおいて、生後4か月児以降の乳児を受け入れた場合

(3) 宿泊型において、利用中に要支援者の対応をした場合

(4) 第18条第1項及び第2項に規定する実施報告書を作成した場合

(交通費支援)

第11条 市は、利用者が居住する地域に受入可能な医療型の実施医療機関がなく、遠方の医療機関を利用せざるを得ない場合は、「川崎市産後ケア事業（医療型）における交通費支援実施要領」により交通費支援を実施する。

(自己負担額)

第12条 利用者は所得に応じて、別表第4に定める額を負担しなければならない。

2 前項に規定する利用者が負担する額（以下「自己負担額」という。）は、利用終了時に医療機関、訪問看護事業所及び助産所（以下「実施施設」という。）に対して直接支払うものとする。

3 自己負担額は、生活保護世帯及び市民税非課税世帯を除き、初回から5回目までの利用については、別表第4に定める額から2,500円を減じた額とする。この場合において、利用回数については、実際に利用した場合に限り、宿泊型及び医療型は1日につき1回、日帰り型及び訪問型は1日1回として減額を適用する。

4 市長は第7条第1項第3号イに定める対象者のうち、前2項の規定に基づき算出された自己負担額の支払いが困難と認められるときは、自己負担額を1日につき3,000円に減免することができる。

(利用の申請)

- 第13条 宿泊型、日帰り型及び訪問型の産後ケアを利用しようとする者（以下「申請者」という。）は、川崎市産後ケア事業利用申請書（第3号様式の1。）に妊産婦であることを証する書類又はその写しを添えて市長に提出しなければならない。
- 2 医療型の産後ケアを利用しようとする者（以下「医療型申請者」という。）は、川崎市産後ケア事業利用申請書（第3号様式の2。）に妊産婦であることを証する書類又はその写しを添えて市長に提出しなければならない。
- 3 前2項において、生活保護世帯及び当該年度（4月から6月に利用する場合は前年度）の市民税が非課税の世帯（以下「市民税非課税世帯」という。）については、そのことを証する書類又はその写しを提出しなければならない。
- 4 第12条第4号に規定する自己負担額の減免を希望する者は、前2項の利用申請と合わせて「特例による医療型自己負担額減免申請書」（第2号様式）より、市長に申し込むものとする。
- 5 市長は、前項による申し込みの審査に必要な場合、減免の理由、家庭の状況等を明らかにするための客観的な判断資料として、その母子の属する世帯構成員について、次の各号に掲げる書類のうち必要な書類を添付させるものとする。
- (1) 給与証明書等収入を証明するもの
  - (2) 被災証明書等災害を証明するもの
  - (3) 診断書等健康状態を証明するもの
  - (4) その他申請理由を証明するもの

(利用の承認および通知)

- 第14条 市長は、前条に基づく第3号様式の1及び第3号様式の2の提出があったときは、速やかにその内容を審査し、利用の可否の決定を行い、川崎市産後ケア事業利用承認通知書（第4号様式の1又は第4号様式の2）又は川崎市産後ケア事業利用不承認通知書（第5号様式）により利用の可否の決定について、申請者及び医療型申請者に通知するものとする。

(利用の変更)

- 第15条 産後ケアの利用を承認された利用者は、申請した事項に変更が生じたときは、速やかに市長に川崎市産後ケア事業利用変更申請書（第6号様式）を提出しなければならない。なお、変更により、生活保護世帯及び市民税非課税世帯となる場合は、そのことを証する書類又はその写しを提出するものとする。
- 2 市長は、利用者から変更申請書の提出があったときは、速やかにその内容を審査し、前条で通知した承認内容に変更がある場合は、川崎市産後ケア事業利用変更承認通知書（第7号様式）により、利用者へ通知するものとする。

(利用の申込)

第 16 条 利用者は、本事業の利用にあたっては、次の各号に掲げる利用しようとする実施施設の区分に応じて、当該各号に定めるものに申込みを行うものとする。

(1) 医療機関及び訪問看護事業所 当該医療機関及び訪問看護事業所

(2) 助産所 川崎市助産師会（以下「助産師会」という。）

2 前項第 2 号の申込みについては、助産師会が利用する助産所の調整を行うものとする。

(利用日時の変更又は中止)

第 17 条 前条の規定により申込みを行った利用日を変更又は利用を中止する場合は、利用者は当該利用日の前日の 12 時までに実施施設に連絡をしなければならない。

2 利用者が、前項に定める期限を過ぎて実施施設に連絡した場合、又は連絡することなく利用を中止した場合は、利用日の変更の場合を除き、実施施設は第 9 条の利用日数として計上するものとし、実施施設はキャンセル料として別表 4 に定める額と同額を直接利用者から徴収することができるものとする。ただし、次の各号の要件のいずれかに該当する場合はこの限りではない。

(1) 出産した施設を退院する日から産後ケアを利用する予定としていたものが、退院日の変更により利用日を変更する場合

(2) 地震、水害、その他の災害など、利用者の責に帰すべきものではない事由により連絡できなかった又は利用できなかった場合

3 前項本文に規定する場合の算定基礎となる日数は、第 10 条に定める費用の算定及び第 19 条に定める委託料の算定においては、産後ケアの利用があった日数として計上するものとする。

(実施結果の報告)

第 18 条 医療機関等は、事業を実施した月分の川崎市産後ケア事業実施報告書（第 8 号様式。以下「実施報告書」という。）を作成して、川崎市産後ケア事業実績報告書（第 9 号様式。以下「実績報告書」という。）とともに、速やかに市長に提出するものとする。

2 助産所は、事業を実施した月分の実施報告書を作成して、速やかに助産師会に提出するものとし、助産師会は、助産所から提出された実施報告書を取りまとめ、実績報告書とともに速やかに市長に提出するものとする。

3 実施施設は、本事業終了後も継続的に支援が必要な利用者について、母子保健担当及び各区役所地域みまもり支援センターと情報共有するとともに連携して支援を行うものとする。

(委託料)

第 19 条 委託料は、利用者の利用日数等に応じて、別表第 2 に定める費用の額から別表第 4 に定める自己負担額を控除した額及び別表第 3 に定める加算額により算定するもの

とする。

(委託料の請求)

第 20 条 実施施設又は受託事業者（以下「実施施設等」という。）は、本事業の委託料の請求について川崎市産後ケア事業委託料請求明細書（第 10 号様式）を作成し、実施報告書の提出と併せて実施した翌月 15 日までに市長に請求するものとする。

(委託料の支払い)

第 21 条 市長は、前条の規定に基づき委託料の請求を受けたときは、その請求内容を審査し、支払い要件を満たしているものに対して、当該請求書を受理した日から起算して 30 日以内に、委託料を支払うものとする。

(帳票類の管理等)

第 22 条 実施施設等は、本事業の適正な実施を確保するため、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 1 年間保存しておくものとする。保存に際しては、所定の保管場所に収納し、紛失、盗難等の防止に十分留意するものとする。

2 実施施設等は、保存期間が過ぎた帳票類を廃棄する場合は、裁断又は溶解処理を確実に実施するものとする。

(研修の実施)

第 23 条 実施施設等は、本事業に従事する職員に対し、必要な研修を実施又は受講させ、資質の向上に努めるものとする。

(事業内容の改善)

第 24 条 市長は、本事業の適正な実施を図り、良質なサービスが提供されるよう、実施施設等の業務内容を調査し、改善について必要な措置を講ずるものとする。

(秘密の保持)

第 25 条 本事業の関係者は、秘密保持に最大限の配慮を行うとともに、本事業により知りえた秘密を本事業の目的以外に利用してはならない。

(委任)

第 26 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、こども未来局長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和 7 年 4 月 1 日から施行する。

## 附 則

### (施行期日)

- 1 この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

### (経過措置)

- 2 改正後の第19条の規定は、令和8年4月実施分から適用し、令和8年3月分までの委託料については、なお従前の例による。
- 3 宿泊型又は医療型において、第3条第1項第1号に規定する人員を配置することが著しく困難であって、適切な事業の実施が行えると市が認める場合は、この規定に関わらず、人員の配置及び費用については、令和8年9月30日までの間、なお従前の例によることができる。

### (要綱の廃止)

- 4 「川崎市医療機関における宿泊ケア事業実施要綱」(令和5年10月1日5川こ児第3157号)は、令和8年5月31日をもって廃止する。

別表第1（第8条関係）

種別	サービス内容	
宿泊型	原則、利用開始日の午前10時から翌日の午後2時までの1泊2日以上の利用とする。利用開始日を1日とし、以降午前0時を過ぎるごとに1日が積算されるものとする。食事の提供は1日3食とし、1泊2日で4食提供する。右欄に掲げるサービスを提供する。	(1) 産婦の母体管理及び生活面の指導 (2) 乳房手当、乳房トラブルケア (3) 授乳方法 (4) 沐浴方法 (5) 発育・発達の観察 (6) 体重・排泄の観察 (7) スキンケア (8) その他必要に応じた心理的ケア・保健指導・育児指導
日帰りロング型	原則、午前10時から午後4時までの6時間の滞在とし、昼食を提供する。右欄に掲げるサービスを提供する。	
日帰りショート型	1回90分で、右欄に掲げるサービスを提供する。	
訪問型	原則、訪問時間は午前9時から午後5時までとし、1回90分で右欄に掲げるサービスを提供する。また、1日当たりの利用は1回までとする。	
医療型	原則、利用開始日の午前10時から翌日の午後2時までの1泊2日以上の利用とする。利用開始日を1日とし、以降午前0時を過ぎるごとに1日が積算されるものとする。食事の提供は1日3食とし、1泊2日で4食提供する。右欄に掲げるサービスを提供する。	

別表第2（第10条関係）

種別	委託料	
宿泊型	1日につき	30,000円
医療型	1日につき	37,000円
宿泊型及び医療型	1か月につき ※	256,700円
日帰りロング型	1回（6時間）につき	18,000円
日帰りショート型	1回（90分）につき	8,000円
訪問型	1回（90分）につき	10,000円

※ 宿泊型及び医療型を同一施設で行う場合については1施設とし、重複して支払われない。

別表第3（第10条関係）

種別	内容	加算額
宿泊型	多胎児を受け入れた場合	2人目以降の乳児1人につき 1日30,000円
	要支援者の対応をした場合	1回あたり7,000円
日帰りロング型	多胎児を受け入れた場合	2人目以降の乳児1人につき 1日18,000円
	生後4か月児以降を受け入れた場合	1人につき3,000円
日帰りショート型	生後4か月児以降を受け入れた場合	1人につき1,000円
医療型	多胎児を受け入れた場合	2人目以降の乳児1人につき 1日30,000円
全種別	実施報告書を作成した場合	1文書あたり200円

別表第4（第12条関係）

種別	世帯種別	自己負担額	
宿泊型	一般世帯	1日につき	7,500円
	市民税非課税世帯		2,500円
	生活保護世帯		無料
日帰りロング型	一般世帯	1回（6時間）につき	7,500円
	市民税非課税世帯		2,500円
	生活保護世帯		無料
日帰りショート型	一般世帯	1回（90分）につき	4,000円
	市民税非課税世帯		無料
	生活保護世帯		無料
訪問型	一般世帯	1回（90分）につき	5,000円
	市民税非課税世帯		無料
	生活保護世帯		無料
医療型	一般世帯	1日につき	7,500円
	市民税非課税世帯		2,500円
	生活保護世帯		無料

(第1号様式)

## 川崎市産後ケア事業実施基本計画書

### 1 施設基本情報

施設名称	
施設住所	
施設の電話番号（代表）	
施設管理者	
本事業責任者（職種）	

### 2 本事業の連絡先

①産後ケアの提供に関する連絡先	担当者（職種）・部署名	氏名（職種） 部署名
	電話番号	
	メールアドレス (連絡事項をお知らせする場合に可能なアドレス)	
②事務手続き等に関する連絡先 (①と同じ場合は記載不要)	担当者・部署名	氏名 部署名
	電話番号	
	メールアドレス (連絡事項をお知らせする場合に可能なアドレス)	

### 3 管理事項 実施の場合に□にチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	従事者は、定期健康診断を受けている
<input type="checkbox"/>	個人情報を適切に実施している
<input type="checkbox"/>	感染予防マニュアルがある
<input type="checkbox"/>	安全管理マニュアルがある
<input type="checkbox"/>	避難経路の確認をしている（訪問型は除く）

(第1号様式)

4 実施種別 実施項目の該当する項目すべての□にチェックを入れ、必要事項を記入してください。

種別	□宿泊型	□日帰りロング型	□日帰りショート型	□訪問型	
受け入れ可能月齢	生後 か月～ 生後 か月まで	生後 か月～ 生後 か月まで	生後 か月～ 生後 か月まで	生後 か月～ 生後 か月まで	
対象者について	□自院で出産した母子のみ □他院で出産した母子も受け入れ可能	□自院で出産した母子のみ □他院で出産した母子も受け入れ可能	/		
1日の受け入れ可能人数	人	人			人
病床数	床	床			床
居室の種類	□個室 □大部屋 □その他( )	□個室 □大部屋 □その他( )			□個室 □大部屋 □その他( )
入浴施設	□シャワー室 □浴室(浴槽あり) □その他( )	□シャワー室 □浴室(浴槽あり) □その他( )			□シャワー室 □浴室(浴槽あり) □その他( )
乳児のスペース	□ベビーベッド □保育器 □布団 □その他( )	□ベビーベッド □保育器 □布団 □その他( )	□ベビーベッド □保育器 □布団 □その他( )	/	
食事の提供	□施設内の調理室で調理を実施 □施設外の飲食店で調理済みを提供※	□施設内の調理室で調理を実施 □施設外の飲食店で調理済みを提供※	□施設内の調理室で調理を実施 □施設外の飲食店で調理済みを提供※		
対応地域	/		/		
事業従事者	助産師 名 保健師 名 看護師 名 心理士 名 保育士 名 その他 名	助産師 名 保健師 名 看護師 名 心理士 名 保育士 名 その他 名	助産師 名 保健師 名 看護師 名 心理士 名 保育士 名 その他 名	助産師 名	
夜間の勤務体制	助産師 名 保健師 名 看護師 名 心理士 名 保育士 名 その他 名	/		/	

(第1号様式)

※食事の提供について、貴施設外の飲食店から調達している場合は、以下を記入

店舗名： 所在地：
--------------

5 産後ケア事業におけるサービス目標（実施方針等）

--

6 その他事項

委託内容以外で提供しているサービス	<input type="checkbox"/> 提供していない <input type="checkbox"/> 提供している 内容・料金等 ( )
自己負担金の支払方法	<input type="checkbox"/> 現金 <input type="checkbox"/> クレジットカード <input type="checkbox"/> その他 ( )
特記事項があれば記載	

第2号様式

川崎市長

住所 \_\_\_\_\_

申請者

氏名 \_\_\_\_\_

特例による医療型自己負担額減免申込書

次の母子の医療型自己負担額について、川崎市産後ケア事業実施要綱第13条の規定に基づき、次のとおり自己負担額の減免を申し込みます。

利用乳児氏名		生年月日		
		年 月 日		
利用母氏名		利用医療機関名		
母子の世帯状況	氏名	続柄	年齢	
			歳	
			歳	
			歳	
			歳	
			歳	
			歳	
減免申込事由発生年月日		年 月 日		
減免申込事由の状況				
今後の見通し				

川崎市産後ケア事業利用申請書

年 月 日

宛先) 川崎市長

申請者 住所 川崎市

氏名

電話

(利用者との関係: )

次のとおり、産後ケア事業の利用を申請します。

利用者住所	川崎市 区			
電話番号	自宅	—	—	
	携帯	—	—	
※連絡の取りやすい携帯電話等の番号を記載してください。				
利用者 (妊産婦)	氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)
利用者 (子)	氏名	(第 子)	生年月日	年 月 日
			出産(予定)日	年 月 日
	出産(予定) 病院・産院名			
	出生体重	g		
申請理由	1 産婦の心身のケアや保健指導を必要としている。 2 児の成長・発達についての保健指導を必要としている。 3 育児に関するサポートや保健指導を必要としている。 4 その他 ( )			
利用希望 期間等				

生活保護受給世帯又は市民税非課税世帯の方は、利用者負担額が通常よりも低い金額となります。次の当てはまる箇所をチェックしてください。

どちらにも該当しない     非課税世帯     生活保護受給世帯

※生活保護世帯及び市民税非課税の世帯については、世帯員全員分のそれを証する書類又はその写しの提出が必要です。

## 同意書

本事業を利用するにあたり、次のことに同意します。

- 1 ご利用の案内を読みました。
- 2 宿泊型、日帰りロング型を利用する場合は、母親が妊娠前から産後ケア申し込みの時まで、治療している病気はありません。
- 3 施設予約時に、上記の内容が確認された場合は、宿泊型、日帰りロング型の利用をお断りする場合があります。
- 4 利用日に、体調等がすぐれない場合（発熱している、持病が悪化している等）はご利用をお断りする場合があります。
- 5 産後ケアの利用中に、急な体調不良等で、施設が継続困難と判断した場合は、利用の中断をする場合があります。
- 6 お子様一人につき通算して7日（回）までの利用を超えて利用された場合は、施設が設定する利用料金の全額が自己負担となります。（多胎児の場合は児一人につき7日以内の利用が可）
- 7 生活保護世帯及び市民税非課税世帯を除き、母親1人につき初回から5回目まで利用料金が2500円減免されます。5回の回数を超えて減免を利用した場合は、利用料金の差額は自己負担となります。
- 8 利用日の前日の12時までに利用の変更や中止の連絡がない場合は、キャンセル料として費用を徴収されます。なお、キャンセル料は減免の対象になりません。
- 9 利用料金またはキャンセル料は各施設に直接現金で支払います。
- 10 本事業の実施及び利用状況及び支援に必要な情報を、川崎市及び川崎市から業務委託を受けた事業者又は医療機関で共有します。
- 11 利用者負担額等の算定に必要な場合、申請者や同居親族の市区町村民税課税状況について、文書の閲覧又は資料の提供を官公署に求めることがあります。

同意する

同意しない

年 月 日

川崎市長

申請者	名前		電話	
	住所			
	緊急連絡先		住所	
			電話	

利用可能期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (退院日~産後4か月になる日の前日まで) ※早産児については、出産予定日から換算して4か月になる日の前日まで
--------	---

利用者	母親の氏名		生年月日	年 月 日 ( 歳)			
	子の氏名		性別 男・女	出生順位 第 子	妊娠期間 週 日	出生体重 g	出生年月日(月齢) 年 月 日 ( か月 日)
	子の氏名		性別 男・女	出生順位 第 子	妊娠期間 週 日	出生体重 g	出生年月日(月齢) 年 月 日 ( か月 日)
	子の氏名		性別 男・女	出生順位 第 子	妊娠期間 週 日	出生体重 g	出生年月日(月齢) 年 月 日 ( か月 日)

世帯構成 (利用者は除く)	氏名	続柄	生年月日	職業	家族構成(区記入欄)
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
		年 月 日			

世帯の区分 ( )に○を記入してください。	( ) ①生活保護世帯・市民税非課税世帯 (※証明書を添付してください。)
	( ) ②市民税課税世帯

利用にあたって 希望すること	利用希望日	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 泊 日)	
	利用日	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 泊 日)	
	利用日	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 泊 日)	
	サービス内容	1 産後の心身のケア、助言	2 乳房ケア、授乳ができるためのケア、助言
	3 沐浴等の育児手技の相談、助言	4 自宅での子育てができるよう相談、助言	
	5 その他 ( )		

※利用にあたっての希望は、母子の状況や施設の空き状況などにより希望に添えないこともあります。御了承ください。

同意書	
<p>私は、当申請に関し次の事項に同意します。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>この事業を利用するために、私の情報をサービスを提供する施設等に必要な範囲で提供すること。</li> <li>サービス提供する施設から居住区の地域みまもり支援センターに利用状況を報告すること。</li> <li>利用時に利用者負担額を施設に現金で支払うこと。</li> <li>世帯の区分を確認するため、川崎市が利用者及びその世帯の所得情報について確認をおこなうこと。</li> </ol> <p style="text-align: right;">本人(母親) 氏名 代理人(続柄 ) 氏名</p>	

第3号様式の2（裏面）

現在の状況についてお伺いします。		センター使用欄
<b>1 母の体調について</b>		
(1) 分娩施設名 ( ) □市内 □市外 □その他(自宅等) (2) 分娩による入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日 (3) 体調不良はありますか □はい □いいえ (4) 治療中の疾患はありますか □はい □いいえ 病名 ( 頃から) : 医療機関名 : 主治医名 : 病名 ( 頃から) : 医療機関名 : 主治医名 : (5) 主治医に、宿泊ケアの利用の確認をしていますか □はい ( 科) □いいえ (6) 入院治療が必要な状況とされていますか □はい □いいえ (7) 薬は内服していますか □はい □いいえ 薬剤名 : 頻度 : (8) 感染症疾患に罹患していますか □はい □いいえ (9) ケアや食事等なにか配慮が必要なことがあればお書きください(アレルギー等)	□出産後の身体的な不調や回復の遅れがあり、休養が必要である。 □出産後の健康管理について、保健指導が必要である。 ※宿泊ケアの利用が可能であることを主治医に確認できていない場合には対象外。主治医とは母親の産後の状況を把握し、宿泊ケアの利用の可否を総合的に判断できる医師とする。 ※感染性の疾患や母親に入院加療の必要がある者は対象外	
<b>2 母のこころの調子について</b>		
(1) こころの不調はありますか(出産前とは異なる不安定な状況) □はい □いいえ はいの場合、どのような状況ですか (2) 赤ちゃんのいる生活で困難(うまくいかない)と感じていることはどのようなことですか	□出産後の心理的な不調がある □育児に関しての不安がある □産婦健診結果 EPDS 点 ボンディング 点 □産婦健診後の医療受診あり	
<b>3 赤ちゃんの体調について</b>		
(1) 治療中の疾患はありますか(風邪等の一時的な者も含む) □はい □いいえ 病名 ( 頃から) : 医療機関名 : 主治医名 : (2) 薬を内服していますか □はい □いいえ 薬剤名 : 頻度 :	※母子のいずれかが感染症疾患(インフルエンザ等)に罹患している場合は対象外	
<b>4 家族の状況について</b>		
(1) 家事・育児のサポートをしてもらえる人はいますか。 □はい(どなたですか: 、居住地 ) □いいえ 具体的な育児状況: (2) 分娩施設等から利用を勧められましたか □はい □いいえ 勧められた理由:	□家族等からの十分な育児、家事等の支援が受けられない □その他支援が必要である状況がある ( )	

宿泊ケアを利用した支援プラン(必要時、地域みまもり支援センター職員と面接をして一緒に作成します。)

第 号  
年 月 日

様

川崎市長

## 川崎市産後ケア事業利用承認通知書

年 月 日付けの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。

## 記

利用者名（妊産婦）		
利用承認期間	年 月 日 まで（※1）	
出産日（予定日）	年 月 日	
承認番号		
利用料金 ※初回から5回目までの利用分は 利用料金から2500円を減じた額 を施設にお支払いください。 （市民税非課税世帯及び生活保護世帯を除く。）	宿泊型	1日当たり 円
	日帰りロング型	1日当たり 円
	日帰りショート型	1日当たり 円
	訪問型	1回当たり 円

利用者は、利用の際に施設に本通知書を提示してください。

## 【注意事項】

- ※1) 利用承認期間は、上記の記載に関わらず、宿泊型、日帰り型は出産日から産後4か月になる前日までとなり、訪問型は1歳のお誕生日の前日までとなります。ただし、早期早産児の場合にあっては修正月齢まで利用可能とします。
- ※2) 健康状態その他の事由により、施設の側で受入れができない場合があります。
- ※3) 利用を中止する場合は、利用日の前日の午前12時までに利用する施設に直接連絡してください。期日を過ぎての利用日の変更（中止）、または、連絡をすることなく利用を中止した場合は、キャンセルとして取り扱い、キャンセルに伴う利用者負担が発生しますのでご注意ください。

利用変更・中止した場合の利用者負担額		
利用日の前日の昼12時までに連絡した場合	宿泊型・日帰り型・訪問型	0円
利用日の前日の昼12時以降に連絡した場合又は無連絡（注）の場合	宿泊型	円
	日帰りロング型	円
	日帰りショート型	円
	訪問型	円

（注）宿泊型の場合に、利用開始日を過ぎて連絡した場合は、上記の金額に、連絡をした時点までの日数を乗じた金額をお支払いいただきます。

【同意事項】

第 号  
年 月 日

様

川崎市長

川崎市産後ケア事業（医療型）利用承認通知書

年 月 日に申請のありました川崎市産後ケア事業（医療型）の利用について、次のとおり承認したので通知します。

利用期間及び日数	<input type="checkbox"/> 年 月 日から 年 月 日（日間） <input type="checkbox"/> 宿泊ケア利用日数（今回の利用で該当の日数に○をつける） 1日目 2日目 3日目 4日目 5日目 6日目 7日目 残り 日利用可能
利用医療機関	名称  電話番号
世帯区分等	<input type="checkbox"/> 一般世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 特例での減免
利用料金	1日あたり 円（合計 円） ※初回から5回目までの利用分は利用料金から2,500円を減じた額を施設にお支払いください。（市民税非課税世帯及び生活保護世帯を除く）

- ※ 利用の際は母子健康手帳をご持参ください。
- ※ 利用料金は利用する医療機関へ直接お支払いください。
- ※ 日程の変更（中止）は、利用日の前日の昼の12時までに利用する医療機関と地域みまもり支援センター（電話番号）へ連絡してください。期日を過ぎての利用日の変更（中止）、または連絡をすることなく利用を中止した場合は、キャンセルとして取り扱い、キャンセルに伴う利用者負担が発生する場合がありますのでご注意ください。
- ※ 症状の悪化等で医師等により宿泊ケアの継続が難しいと判断された場合は、中止になる場合があります。

利用変更・中止した場合の利用者負担額	
利用日の前日の昼12時までに連絡した場合	0円
利用日の前日の昼12時以降に連絡した場合又は無連絡（注）の場合	利用料金の全額

（注）利用開始日を過ぎて連絡した場合は、上記の金額に、連絡をした時点までの日数を乗じた金額をお支払いいただく場合があります。

第5号様式

第 号  
年 月 日

様

川崎市長

川崎市産後ケア事業利用不承認通知書

年 月 日に申請のありました産後ケア事業の利用について、次のとおり不承認としたので通知します。

(不承認の理由)

## 川崎市産後ケア事業利用変更申請書

年 月 日

宛先) 川崎市長

申請者 住所 川崎市  
氏名  
電話

次のとおり、申請します。

利用者氏名		(利用者番号： )	
		変更前	変更後
変更事由	<input type="checkbox"/> 利用料金	<input type="checkbox"/> 一般世帯	<input type="checkbox"/> 一般世帯
	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯
		<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯
		<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他
変更事由発生年月日		年	月 日

※生活保護世帯及び市民税非課税世帯に変更するものについては、それを証する書類又はその写しを提出するものとする。

様

川崎市長

### 川崎市産後ケア事業利用変更承認通知書

産後ケア事業利用変更について、次のとおり承認したので通知します。

利用者氏名		(利用者番号： )					
変更事由	<input type="checkbox"/> 利用料金 <input type="checkbox"/> その他	変更前			変更後		
		宿泊型                      1日当たり                      円 日帰りロング型              1日当たり                      円 日帰りショート型              1日当たり                      円 訪問型                          1回当たり                      円 その他	宿泊型                      1日当たり                      円 日帰りロング型              1日当たり                      円 日帰りショート型              1日当たり                      円 訪問型                          1回当たり                      円 その他				
変更事由発生年月日		年 月 日					

産後ケアを利用する時には、川崎市産後ケア事業利用承認通知書と併せて本通知書を産後ケア実施機関に御提示ください。

第 8 号様式

川崎市産後ケア事業実施報告書

利用者氏名		生年月日	年	月	日
住所	川崎市 区				
子の氏名		生年月日	年	月	日
					<input type="checkbox"/> 多胎
利用種別 及び期間	<input type="checkbox"/> 宿泊型（ <input type="checkbox"/> 夜間2名体制で実施/配置日数（ 日） <input type="checkbox"/> 日帰りロング型 <input type="checkbox"/> 日帰りショート型 <input type="checkbox"/> 訪問型 <input type="checkbox"/> 医療型（ <input type="checkbox"/> 夜間2名体制で実施/配置日数（ 日） 年 月 日～ 年 月 日（ 日間）				
保健指導の内容 （該当するものにチェックしてください。）	<input type="checkbox"/> 産婦の母体管理 <input type="checkbox"/> 生活面の指導 <input type="checkbox"/> 乳房管理 <input type="checkbox"/> 沐浴指導 <input type="checkbox"/> 授乳等の育児指導 <input type="checkbox"/> その他必要な保健指導（ ）				
世帯の区分	<input type="checkbox"/> 一般世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯				
特例での減免	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
5回までの利用	<input type="checkbox"/> あり（ 回分） <input type="checkbox"/> なし				
自己負担額	¥ ( 円 × 日)				
母の状況					
児の状況					
助産師実施結果・所見					
継続支援の必要	なし・あり	その理由			
引継事項	<input type="checkbox"/> 地域みまもり支援センター（ 月 日：担当 ） <input type="checkbox"/> 医療機関紹介 <input type="checkbox"/> 産後ケア再利用 <input type="checkbox"/> 子育て支援機関 <input type="checkbox"/> その他、連絡など				

上記利用者に対し、産後ケア事業を実施しましたので、報告します。

年 月 日

所在地  
名称  
氏名

宛先)川崎市長

川崎市産後ケア事業実績報告書( 年 月分)

委託事業者

No.	利用者氏名	生年月日	子の氏名	生年月日	居住区	世帯区分	利用種別	実施施設名	利用料単価	自己負担単価	利用開始日	利用日数	利用総額	5回までの利用回数(回分)	自己負担額	請求額	多胎	4か月	夜間加算	備考	
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
26																					
27																					
28																					
29																					
30																					
31																					
32																					
33																					
34																					
35																					
36																					
37																					
38																					
39																					
40																					
41																					
42																					
43																					
44																					
45																					
46																					
47																					
48																					
49																					
50																					

0

0

宛先)川崎市長

川崎市産後ケア事業委託料請求明細書

請求者 (契約書と同様に願います。)
住所
名称
(法人名)
代表者名
印
(役職及び氏名)

次のとおり、 年 月分の川崎市産後ケア事業委託料を請求します。

Table with columns for request amount (¥), description (内訳), and unit price (円). Rows include categories like 宿泊型, 日帰りロング型, 日帰りショート型, 訪問型, 医療型, and 加算等, with specific rates and formulas for calculation.

口座情報(本市に御登録されているものと同様に省略せずに御記載ください)

お振込先

口座

名称

合計支払額のうち、文書作成料に含まれる消費税相当額 円を含む