

様式第1（第7条関係）

年 月 日

岩倉市産後ケア事業利用申請書

岩倉市長 様

岩倉市産後ケア事業を下記のとおり申請します。

記

申請者	(ふりがな) 氏名	()	生年 月日	年 月 日 (歳)
	住所	岩倉市 電話		
緊急連絡先		氏名	申請者との続柄	
		住所	電話	
出産(予定)医療機関		出産(予定)日	年 月 日	
乳児の氏名 ※出生前の場合は記入は不要です	()	在胎週数:	週 日	
	()	出生体重:	g	
申請理由	()	在胎週数:	週 日	
	()	出生体重:	g	
申請理由	1 産褥期の身体的回復について不安がある 2 育児について不安がある 3 産後の経過に応じた休養や栄養等日常生活面に不安がある 4 その他 ()			
希望する期間	年 月 日～ 年 月 日			
特に希望するサービス内容	1 産後の母体管理及び生活面について 2 乳房ケア 3 授乳、沐浴等の育児方法 4 その他 ()			
利用サービス	1 宿泊型	利用希望施設	第1希望 () 第2希望 ()	
	2 訪問型			
産後心配していること	アレルギー: 無・有 ()			

世帯構成	氏名	ふりがな	続柄	生年月日	職業
階層区分（該当に○をつける）		課税世帯 ・ 市県民税非課税世帯 ・ 生活保護受給世帯			
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 ※本市において減免対象世帯であることが確認できる場合には不要です		<input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 市県民税非課税証明書（世帯全員が非課税であることが確認できる証明書）			
<p>① 岩倉市産後ケア事業利用申請及びサービス利用に必要な情報を受託機関に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、受託機関から岩倉市に情報提供することに同意します。</p> <p>② 利用者に係る階層区分を確認するために、岩倉市が審査に必要な範囲で、住民基本台帳及び納税情報（世帯の情報を含む）を調査又は閲覧することに同意します。</p>					
年 月 日					
岩倉市長		氏名			

様式第2（第7条関係）

第 号
年 月 日

岩倉市産後ケア事業利用承諾通知書

様

岩倉市長

年 月 日に申請のあったことについては、下記のとおり承諾したので通知します。

記

氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	岩倉市		
乳 児		生年月日	年 月 日
		生年月日	年 月 日
利用施設名			
利用サービス	産後ケア事業 宿泊型 ・ 訪問型		
利用期間	年 月 日	時	分から
	年 月 日	時	分まで
階層区分			
利 用 料	利用者につき通算5日目まで	円×	日＝ 円
	利用者につき通算6日目以降	円×	日＝ 円
	(多胎児加算)	円×	日＝ 円
		合計金額 円	
備 考			

※利用料は、利用終了時に利用施設へ直接お支払ください。

※利用をキャンセルされる場合は、利用日の前日の午後5時までに、宿泊型は利用施設に、訪問型は訪問する助産師に連絡のうえ、市の担当窓口へ岩倉市産後ケア事業利用変更書を提出してください。期日を過ぎた場合、宿泊型は1,000円、訪問型は500円のキャンセル料金がかかります。

様式第3（第7条関係）

第 年 月 日
年 月 日

岩倉市産後ケア事業利用却下通知書

様

岩倉市長

年 月 日に申請のあったことについては、下記のとおり却下することに決定したので通知します。

記

却下の理由：

様式第5（第8条関係）

岩倉市産後ケア事業利用変更申請書

年 月 日

岩倉市長 様

申請者氏名

住所

電話

年 月 日付けで承諾通知があったことについて、下記のとおり変更を申請します。

記

届出内容	
変更前	変更後
変更理由	

様式第6（第8条関係）

第 年 月 日 号

岩倉市産後ケア事業利用変更承諾通知書

様

岩倉市長

年 月 日に変更申請のあったことについては、下記のとおり承諾したので通知します。

記

氏名		生年月日	年	月	日
住所	岩倉市				
乳児		生年月日	年	月	日
		生年月日	年	月	日
利用施設名					
利用サービス	産後ケア事業 宿泊型 ・ 訪問型				
利用期間	年	月	日	時	分から
	年	月	日	時	分まで
階層区分					
利用料	利用者につき通算5日目まで	円×	日＝	円	
	利用者につき通算6日目以降	円×	日＝	円	
	(多胎児加算)	円×	日＝	円	
	合計金額				円
備考					

※利用料は、利用終了時に利用施設へ直接お支払ください。

※利用をキャンセルされる場合は、利用日の前日の午後5時までに、宿泊型は利用施設に、訪問型は訪問する助産師に連絡のうえ、市の担当窓口へ岩倉市産後ケア事業利用変更書を提出してください。期日を過ぎた場合、宿泊型は1,000円、訪問型は500円のキャンセル料金がかかります。

様式第7（第8条関係）

第 年 月 日
年 月 日

岩倉市産後ケア事業利用変更却下通知書

様

岩倉市長

年 月 日に申請のあったことについては、下記のとおり却下することに決定したので通知します。

記

却下の理由：

様式第8（第8条関係）

第 年 月 日 号

岩倉市産後ケア事業利用変更依頼書

様

岩倉市長

先に依頼しました岩倉市産後ケア事業の実施につきまして、下記のとおり変更を依頼します。

記

氏名		生年月日	年	月	日
住所	岩倉市 電話番号				
乳児		生年月日	年	月	日
		生年月日	年	月	日
利用サービス	産後ケア事業 宿泊型 ・ 訪問型				
利用期間	年	月	日	時	分から
	年	月	日	時	分まで
連絡事項等					
階層区分					
利用料	利用者につき通算5日目まで	円×	日＝	円	
	利用者につき通算6日日以降	円×	日＝	円	
	(多胎児加算)	円×	日＝	円	
		合計金額			円

様式第9（第12条関係）

岩倉市産後ケア事業（宿泊型）実施報告書

年 月 日

岩倉市長 様

医療機関名

印

次のとおり産後ケア事業（宿泊型）を実施したので報告します。

利用者氏名				利用サービス						備考・助言内容等
産婦： （ 年 月 日生） 乳児： （ 年 月 日生）				産婦の身体的ケア、保健指導及び栄養指導	産婦の心理的ケア	適切な授乳のためのケア（乳房ケアを含む。）	育児に必要な手技についての具体的な指導及び相談	生活の相談及び支援	その他必要な相談、保健指導及び情報提供	
月	日	曜日	時間帯							
			: ~ :							
			: ~ :							
			: ~ :							
			: ~ :							
			: ~ :							
			: ~ :							
			: ~ :							
上記内容に相違ないことを証明いたします。				年	月	日	利用者署名			
利用時の母子の状況							<input type="checkbox"/> 継続支援 要 ⇒ <input type="checkbox"/> 発育・発達 <input type="checkbox"/> 養育 <input type="checkbox"/> 育児不安 <input type="checkbox"/> その他 ()			
医療行為の有無：無・有 ()							<input type="checkbox"/> 継続支援 不要			

担当者氏名：

担当課長氏名：

様式第10（第12条関係）

年 月 日

岩倉市産後ケア事業（訪問型）実施報告書

岩倉市長 様

住 所
事業者名
担当者名

次のとおり産後ケア事業（訪問型）を実施したので報告します。

利用者氏名	産婦： （ 年 月 日生） 乳児： （ 年 月 日生）
利用期間	年 月 日 : ~ : 月 日 : ~ : 月 日 : ~ : （ 日間）
保健指導の内容 （該当する箇所に レ点を記入してく ださい。）	<input type="checkbox"/> 産婦の保健指導及び栄養指導 <input type="checkbox"/> 産婦の心理的ケア <input type="checkbox"/> 適切な授乳のためのケア（乳房ケアを含む） <input type="checkbox"/> 育児に必要な手技についての具体的な指導及び相談 <input type="checkbox"/> その他必要とする保健指導（具体的な内容） （)
助言内容等	
利用時の母子の 状況	<input type="checkbox"/> 継続支援 要 → <input type="checkbox"/> 発育・発達 <input type="checkbox"/> 養育 <input type="checkbox"/> 育児不安 <input type="checkbox"/> その他（) <input type="checkbox"/> 継続支援 不要
上記内容に相違ないことを証明いたします。	
年 月 日 利用者署名	

様式第 1 1 (第 1 2 条関係)

年 月 日

岩倉市産後ケア事業利用報告書兼請求書 (宿泊型)

岩倉市長 様

住 所			
事業者名		電話番号	
代表者名	印		

下記のとおり事業を実施したので、請求します。

記

1 請 求 額 _____ 円 (1) + (2)

(1) 利用料

利用者氏名	利用日数 (A)	階層区分 (※)	1日当たり 単価 (B)	1日当たり 自己負担額 (C)	請求金額 (A) × ((B) - (C))
		I ・ II	30,000 円	利用者につき通算 5 日 目まで 3,500 円	
				利用者につき通算 6 日 目以降 6,000 円	
多胎児加算分			3,000 円		
合計					

※ 階層区分にはいずれかに○をつける

【区分 I】生活保護・市県民税非課税世帯【区分 II】課税世帯

(2) キャンセル料 1,000 円 ・ 0 円

2 振 込 先

金融機関及び支店名	銀 行 信用金庫 農 協 店
口座の種類	普通 ・ 当座
口座番号	
(フリガナ) 口座名義	

様式第12（第12条関係）

年 月 日

岩倉市産後ケア事業利用報告書兼請求書（訪問型）

岩倉市長 様

住 所			
事業者名		電話番号	
担当者名			

下記のとおり事業を実施したので、請求します。

記

1 請求額 _____ 円（1）+（2）

（1）利用料

利用者氏名	利用回数 (A)	階層区分 (※)	1日当たり 単価 (B)	1日当たり 自己負担額 (C)	請求金額 (A) × (B) - (C)
		I ・ II	10,000 円	利用者につき通算5日 目まで 0 円	
				利用者につき通算6日 目以降 2,000 円	
多胎児加算分			2,000 円	400 円	
合計					

※ 階層区分にはいずれかに○をつける

【区分Ⅰ】生活保護・市県民税非課税世帯【区分Ⅱ】課税世帯

（2）キャンセル料 500 円 ・ 0 円

金融機関及び支店名	銀行 信用金庫 農 協 店
口座の種類	普通 ・ 当座
口座番号	
(フリガナ) 口座名義	

