

横浜市産後母子ケア事業（ショートステイ、デイケア）実施要綱

制 定 平成 25 年 7 月 3 日 ここ第 1726 号（局長決裁）

最近改正 令和 5 年 1 月 18 日こ地字第 2468 号（局長決裁）

（目的）

第 1 条 この要綱は、母体の身体的な回復と心理的な安定を促進するとともに、母親自身がセルフケア能力を育み、母子の愛着形成を促し、母子とその家族が健やかな育児ができるよう支援することを目的に実施する横浜市産後母子ケア事業（ショートステイ、デイケア）（以下「本事業」という。）の実施に関し、必要な事項を定めるものとする。

（実施主体）

第 2 条 本事業の実施主体は横浜市とする。ただし、前条の目的を達成するために本事業の運営を良好に実施できると認められる医療法（昭和 23 年法律 205 号）に定める助産所等に本事業を委託することができる。本事業の委託を受ける者は、次の各号の要件を満たすものとする。

- （1）本事業に従事する助産師（24 時間 1 名以上常駐、日中は常勤の助産師を常駐させること。）を配置し、主に母体ケア、乳児ケア、母乳育児や育児指導・相談を行う実施体制が確保できること。
- （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）利用者に対する食事の提供ができること。
- （4）第 4 条に規定した事業内容を提供できること。
- （5）区福祉保健センター及び横浜市こども青少年局と連携・調整を行うことができること。

（利用者）

第 3 条 本事業の利用対象者は、市内に住所を有する生後 4 か月未満の乳児及びその母であって、産後に心身の不調又は育児不安等がある者、その他支援が必要と認められる者とする。ただし、次のいずれかに該当する場合を除く。

- （1）母子のいずれかが感染性疾患（麻しん、風しん、インフルエンザ等）に罹患している場合
- （2）母子のいずれかが入院加療が必要である場合

2 前項の規定にかかわらず、各区福祉保健センター長が必要と認める場合は、利用者とするすることができる。

(事業内容)

第4条 本事業は、各区福祉保健センターの職員が作成する支援計画に基づき、妊娠から出産までの切れ目のない支援を行うサービスとして、次に掲げる内容とする。

(1) 母子ショートステイ

母子を2日以上継続的に入所させ、母体の体力の回復及び母体のケア並びに乳児のケアを実施するとともに、今後の育児に資する指導等を実施する。

(2) 母子デイケア

母子を日帰りで施設利用させ、母体の体力の回復及び母体のケア並びに乳児のケアを実施するとともに、今後の育児に資する指導等を実施する。

(3) 母体のケア及び乳児のケア、今後の育児に資する指導等は、次に掲げる内容とする。

ア 産婦の母体管理及び生活面の指導

イ 乳房手当、乳房トラブルケア

ウ 授乳方法

エ 沐浴方法

オ 発育・発達のチェック

カ 体重・排泄チェック

キ スキンケア

ク その他必要とする育児指導

ケ 在宅での子育てに関する相談及び指導

(利用回数)

第5条 母子ショートステイ及び母子デイケアの利用回数は、原則として各々7日間を限度とする。

2 多胎児の場合は前項の規定にかかわらず、母子ショートステイのみ14日間を限度に利用できるものとする。

3 母子デイケアは、週3日を限度に利用できるものとする。

(利用期間)

第6条 母子ショートステイ及び母子デイケアの利用期間は、生後4か月未満とする。ただし、早産児の場合は、出産予定日を基準とした修正月齢を基準にする。

(費用)

第7条 母子ショートステイ及び母子デイケアの費用は別表1に定める金額とする。なお、その他市長が必要と認める費用が発生した場合は、横浜市が予算の範囲内で負担するものとする。

(自己負担額)

第8条 母子ショートステイ及び母子デイケアを利用する者は、当該各サービスに要する費用の一部を負担しなければならない。

- 2 母子ショートステイの利用者が負担する自己負担額は、1日につき3,000円とする。なお、自己負担額は、本事業の委託者に対し、直接支払うものとする。ただし、生活保護法の規定による被保護世帯（以下「生活保護世帯」という）及び当該年度（4月及び5月に利用する場合は前年度）の個人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、区福祉保健センター長にその事実を届け出ることにより、自己負担額を免除するものとする。
- 3 母子デイケアの利用者が負担する自己負担額は、1日につき2,000円とする。なお、自己負担額は、本事業の委託者に対し、直接支払うものとする。ただし、生活保護世帯及び市民税非課税世帯については、区福祉保健センター長にその事実を届け出ることにより、自己負担額を免除するものとする。
- 4 自己負担額の免除を受けようとする者は、生活保護世帯及び市民税非課税世帯に該当することを証する書類を区福祉保健センター長に提出しなければならない。
- 5 区福祉保健センター長は、前項の規定にかかわらず、公簿等により生活保護世帯又は市民税非課税世帯と確認できるときは、職権で自己負担額を免除することができる。

(自己負担額の減免)

第9条 福祉保健センター長は第7条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、自己負担額を減免することができる。

- 2 前項に規定する自己負担額の減免を希望する者は「特例による産後母子ケア事業利用料自己負担額減免申込書」(第7号様式)により福祉保健センター長へ申し込むものとする。
- 3 福祉保健センター長は、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) 罹災証明書等罹災を証明するもの

(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

- 4 福祉保健センター長は減免が必要と認めたときは、「特例による産後母子ケア事業利用料自己負担額減免協議書」(第8号様式)によりこども青少年局長に事前に協議する。
- 5 こども青少年局長は、福祉保健センター長から自己負担額の減免の協議を受けたときは、速やかに、これを審査し、その審査結果を「特例による産後母子ケア事業利用料自己負担額減免協議結果」(第9号様式)により福祉保健センター長へ回答する。

(利用の申請)

第10条 本事業を利用しようとする者(以下「申請者」という。)は、横浜市産後母子ケア事業利用申請書(第1号様式)を住所地の区福祉保健センター長に提出しなければならない。

(承認及び通知)

- 第11条 区福祉保健センター長は、前条の規定に基づく申請があったときは、申請者の世帯の養育状況等を調査し利用の適否を審査し、利用の承認又は不承認を決定するとともに、その旨を横浜市産後母子ケア事業利用承認通知書(第2号様式)又は横浜市母子ケア事業利用不承認通知書(第2号様式の2)により、速やかに、申請者に通知するものとする。
- 2 産科医療機関等が、出産退院後の在宅生活において育児不安や養育上の支援が特に必要と認めたときは、診療情報提供書又はこれにかわる書面等の提出を求め、審査資料とすることができる。
 - 3 前項の規定に基づき利用を承認した場合は、横浜市産後母子ケア事業利用決定通知書(第2号様式の3)により、速やかに委託事業者(以下「事業者」という。)に通知するものとする。
 - 4 当該事業者は、サービス開始前に利用者に連絡し、その利用に係る説明等を行わなければならない。

(変更の申請等)

- 第12条 サービス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、事業者と区福祉保健センター長に連絡し、横浜市産後母子ケア事業利用変更(中止)申請書(第1号様式の2)を提出しなければならない。
- 2 前項の変更のうち、日程を変更又は中止する場合は、利用者は当該利用日の2日前(閉庁日を除く)の17時までに、区福祉保健センター長に連絡

しなければならない。なお、区福祉保健センター長は、速やかに、事業者
にその旨を連絡するものとする。

- 3 利用者が、前項の期日を過ぎて区福祉保健センター長に連絡した場合は
中止として取り扱い、利用者は、別表 2 に定める額を直接事業者を支払わ
なければならない。

ただし、出産後産科医療機関を退院し、翌日から産後母子ケア事業を利用
する場合で、医師の判断により退院が延期になった際のキャンセル料は
横浜市が負担する。

(変更措置等)

第 13 条 区福祉保健センター長は、前条の規定に基づく変更の申請があつ
たとき又はやむを得ない理由があると認める場合は、サービスの内容を変
更し、又は中止することができる。

- 2 区福祉保健センター長は、前項の規定に基づきサービスの内容を変更又
は中止する場合は、横浜市産後母子ケア事業利用変更（中止）承認通知書
（第 3 号様式）により、利用者に通知するとともに、横浜市産後母子ケ
ア事業利用変更（中止）決定通知書（第 3 号様式の 2）により、事業者に通
知するものとする。

(委託料)

第 14 条 市長は、本事業に係る経費について、第 7 条に定める自己負担額
を控除した額を、予算の範囲内において負担するものとする。

(費用の請求)

第 15 条 事業者は、本事業の委託料の請求について、横浜市産後母子ケ
ア事業委託料請求書（第 4 号様式）及び横浜市産後母子ケア事業利用報告書
（第 6 号様式）を作成し、当月分を翌月 10 日までに、市長に請求するもの
とする。

(費用の支払い)

第 16 条 市長は、前条の規定に基づき費用の請求を受けたときは、その請
求内容を審査し、支払要件を満たしているものについて、委託契約に基づ
き支払いを行うものとする。

(報告)

第 17 条 事業者は、利用者の個別の利用状況について、横浜市産後母子ケ
ア事業実施報告書（第 5 号様式）を作成し、利用後速やかに、福祉保健セ

ンター長に報告するものとする。

(帳票類の整備等)

第 18 条 事業者は、事業の適正な実施を確保するため、サービスに関する記録、その他必要と認める帳票類を整備しなければならない。

2 市長は、事業者に対し、帳票類等の提出又はサービスの内容の確認等について、必要な調査を実施することができる。

(帳票類の保管及び廃棄)

第 19 条 帳票類の保存は 5 年間保存しなければならない。保存に際しては、所定の保管場所に収納し、滅失、毀損、盗難等の防止に十分留意するものとする。

2 保存年限の過ぎた帳票類を廃棄する場合は、裁断または溶解処理を確実に実施するものとする。

3 前項の処理を行った場合は、その旨を書面でこども青少年局長に報告しなければならない。

(事故及び損害の責任)

第 20 条 事業者は、業務により生じた事故及び損害については、横浜市に故意または重過失のない限り、事業者がその負担と責任において処理にあたるものとする。

2 事業者は、業務により生じた事故等について、速やかに、書面により、こども青少年局長へ報告しなければならない。

(事業内容の改善)

第 21 条 こども青少年局長は、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、事業者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。

(個人情報の保護)

第 22 条 本事業を実施するにあたっては、利用記録の漏洩を防止すると共に、実施担当者には守秘義務を課す等、関係法令を遵守することに加え、別に定める「個人情報取扱特記事項」及び横浜市個人情報の保護に関する条例に基づき、必要な個人情報保護対策を講じ、上記の事項やガイドライン等を遵守するものとする。

(その他)

第 23 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、こども青少年局長が別に定める。

第 24 条 この要綱に定めるもののほか、本事業を利用するうえで、利用者が遵守すべき必要な事項については、横浜市産後母子ケア事業利用規定として周知する。

附 則

1 この要綱は、平成 25 年 10 月 1 日から施行する。

附 則

1 この要綱は、平成 25 年 10 月 25 日から施行する。

附 則

1 この要綱は、平成 27 年 1 月 5 日から施行する。

附 則

1 この要綱は、平成 27 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

1 この要綱は、平成 28 年 8 月 1 日から施行する。

附 則

1 この要綱は、令和元年 10 月 1 日から施行する。

附 則

1 この要綱は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

1 この要綱は、令和 5 年 4 月 1 日から施行する。

別表 1

	母子ショートステイ	母子デイケア
一日当たりの金額	27,900 円／日	18,600 円／日
多胎児による加算額	13,950 円／日	9,300 円／日
報告等事務費	930 円／利用者につき 1 回限り	

別表 2

利用者都合により横浜市産後母子ケア事業利用が中止された場合の自己負担額	
前々日の 17 時までに受託事業者に連絡があった場合	なし
前々日の 17 時以降に受託事業者に連絡があった場合 または連絡がなく利用しなかった場合	デイケア 2,000 円 ショートステイ 3,000 円

様式目次

第 1 号様式	横浜市産後母子ケア事業利用申請書
第 1 号様式の 2	横浜市産後母子ケア事業利用変更（中止）申請書
第 2 号様式	横浜市産後母子ケア事業利用承認通知書
第 2 号様式の 2	横浜市産後母子ケア事業利用不承認通知書
第 2 号様式の 3	横浜市産後母子ケア事業利用決定通知書
第 3 号様式	横浜市産後母子ケア事業利用変更（中止）承認通知書
第 3 号様式の 2	横浜市産後母子ケア事業利用変更（中止）決定通知書
第 4 号様式	横浜市産後母子ケア事業委託料請求書
第 5 号様式	横浜市産後母子ケア事業実施報告書
第 6 号様式	横浜市産後母子ケア事業利用報告書
第 7 号様式	特例による産後母子ケア事業利用料自己負担額減免 申込書
第 8 号様式	特例による産後母子ケア事業利用料自己負担額減免 協議書
第 9 号様式	特例による産後母子ケア事業利用料自己負担額減免 協議結果

横浜市産後母子ケア事業(ショートステイ、デイケア)利用申請書兼依頼書 改訂

年 月 日

横浜市 福祉保健センター長

申請者	(ふりがな) 氏名	電話	母子健康手帳番号	
	住所口		自宅 ()	
	緊急連絡先	氏名 (母親との関係)	住所	携帯 ()

利用可能期間 年 月 日 ~ 年 月 日※ (※退院日から産後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	(ふりがな) 母親の氏名	生年月日	年 月 日 (歳)
	(ふりがな) 子の氏名	性別 出生順位	妊娠期間 出生体重 出生年月日(月齢)
	(ふりがな) 子の氏名	男女 第 子	週 日 g (月 日)
	(ふりがな) 子の氏名	男女 第 子	週 日 g (月 日)

(利用者世帯は構成除外)	氏名	続柄	生年月日	職業	家族構成図(区福祉保健センター記載)
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		

世帯の区分 ()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	利用日	利用形態	利用希望日
		母子 ショートステイ	年 月 日 ~ 年 月 日 (泊 日) 年 月 日 ~ 年 月 日 (泊 日) 年 月 日 ~ 年 月 日 (泊 日)
	母子 デイケア	年 月 日 年 月 日 年 月 日	
	利用事業者名	第一希望	第二希望

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。ご了承ください。

同意書

私は、当申請に関し次の事項に同意します。

- 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範囲で提供すること。
- サービス提供する施設から居住区の福祉保健センターに利用状況を報告すること。
- 利用時に利用者負担額を施設に現金で支払うこと。
- 世帯の区分を確認するため、横浜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。

本人(母親) 氏名 _____
 代理人(続柄) 氏名 _____

第1号様式(裏面)

現在の状況についてお伺いします。	区福祉保健センター使用欄
------------------	--------------

1 母の体調について

(1) 分娩施設の名称 → ア 市内 イ 市外(施設名:) ウ その他(自宅等) (2) 分娩による入院期間 → 年 月 日 ~ 年 月 日(日間) (3) 体調不良はありますか → ア はい イ いいえ 具体的な状況:(産後の体調変化、治療中の疾患の悪化等) (4) 治療中の疾患はありますか → ア はい イ いいえ 病名: 医療機関名: 主治医名: 病名: 医療機関名: 主治医名: (5) 主治医に、母子ケア事業の利用の確認をしていますか? → ア はい イ いいえ (6) 入院治療が必要な状況とされていますか → ア はい イ いいえ (7) 薬を内服していますか → ア はい イ いいえ 薬剤名: (7) 感染性疾患に罹患していますか → ア はい イ いいえ (8) ケアや食事等何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) →	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 出産後の健康管理について、保健指導が必要である ※産後母子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 ※母親に入院加療や医療的介入の必要がある者は対象外 (医師により産後母子ケアの利用が可と判断されているものは除く)
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2 母のこころの調子について

(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) → ア はい イ いいえ ア: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 (3) (産婦健診受診者のみ)こころの健康アンケートの数値が高いと言われましたか → ア はい イ いいえ	<input type="checkbox"/> 出産後の心理的な不調がある <input type="checkbox"/> 育児に関しての不安がある <input type="checkbox"/> 産婦健診でEPDSの結果等により心理的ケアが必要である
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3 赤ちゃんの体調について

(1) 治療中の疾患はありますか(風邪等の一時的なもの含む) → ア はい イ いいえ 病名: 医療機関名: 主治医名: (2) 薬を内服していますか → ア はい イ いいえ 薬剤名:	<input type="checkbox"/> 母子のいずれかが感染性疾患(インフルエンザ等)に罹患している場合は対象外
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------

4 家族の状況について

(1) 家事・育児のサポートをしてもらえる人はいますか ア はい(どなたですか: 、どちらにお住まいですか:) イ いいえ どのような状況ですか 家事・育児はどのような状況ですか: (2) 分娩施設等から利用を勧められましたか → ア はい イ いいえ 勧められた理由:	<input type="checkbox"/> 家族等からの十分な育児、家事等の支援が受けられない <input type="checkbox"/> 身体的・心理的不調、育児不安以外に特に社会的支援の必要がある
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------

本事業の利用プラン (区福祉保健センター職員と面談をする中で一緒に作成します)

【本事業を利用することで改善したいこと】

【本事業利用後の支援プラン】

※区福祉保健センター使用欄 (区職員が記入します。) 妊娠・出産・産後の経過などについて

添付書類	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 課税証明書 <input type="checkbox"/> 生活保護証明書 <input type="checkbox"/> その他	地区担当者	受付者

横浜市産後母子ケア事業(ショートステイ・デイケア)利用変更(中止)申請書

年 月 日

横浜市 福祉保健センター長

申請者 住 所 : _____
氏 名 : _____
電話番号 : _____
F A X : _____

次のとおり、申請します。

利用者氏名	(利用者番号 : _____)	
事業者名	(電話番号 : _____)	
変更(中止)事由 <input type="checkbox"/> 日程 <input type="checkbox"/> 事業者 <input type="checkbox"/> その他	変 更 前	変 更 後
変更(中止)事由発生年月日	年 月 日	

様

横浜市

福祉保健センター長

横浜市産後母子ケア事業(ショートステイ・デイケア)利用承認通知書

産後母子ケア事業(ショートステイ・デイケア)の決定について、次のとおり決定します。

1 利用者

(1) 氏 名 : _____ (利用者番号: _____)

(2) 住 所 : 横浜市 _____ 区 _____

(3) 電話番号: (自宅) _____ 緊急連絡先: (自宅) _____
(携帯) _____ (携帯) _____

2 利用施設・利用区分・利用期間

(1) 利用施設名: _____

(2)	母子ショートステイ	年 月 日 から 年 月 日 (ショートステイ計 泊 日)
	母子デイケア	年 月 日 (デイケア計 日間)

3 利用料金

(1) 世 帯 区 分 : _____

(2) 母子ショートステイ: 1日あたり _____ 円 計 _____ 円

(3) 母 子 デ イ ケ ア : 1日あたり _____ 円 計 _____ 円

4 日程の変更または中止

日程の変更(中止)は、変更する2日前(祝祭日・土日・年末年始を除く)の17時までに福祉保健センターより連絡があります。この日を過ぎての利用日の変更(中止)は、キャンセルとして取り扱います。キャンセルは利用回数として計上されます。

なお、キャンセルに伴う利用者負担額は、次のとおりです。利用者から直接お支払いください。

利用者都合により産後母子ケア事業(ショートステイ・デイケア)の利用が中止された場合の利用者負担額	
利用前々日の17時までに施設に連絡があった場合	0円
利用前々日の17時以降施設に連絡があった場合及び無連絡の場合	ショートステイ:3000円 デイケア:2000円

5 この通知の問い合わせ先

区福祉保健センターこども家庭支援課

電話:

FAX:

様

横浜市

福祉保健センター長

横浜市産後母子ケア事業(ショートステイ・デイケア)利用不承認通知書

に申請のありました産後母子ケア事業利用について、次のとおり、承認しません。

1 利用者

(1) 氏 名 : _____

(2) 住 所 : 横浜市 _____ 区 _____

(3) 電話番号 : (自宅) _____ (携帯) _____

2 不承認の理由

3 この通知の問い合わせ先

区福祉保健センターこども家庭支援課

電話:

FAX:

様

横浜市 福祉保健センター長

横浜市産後母子ケア事業(ショートステイ・デイケア)利用決定通知書

産後母子ケア事業の決定について、次のとおり決定します。

1 利用者

(1) 氏 名 : _____ (利用者番号: _____)

(2) 住 所 : 横浜市 _____ 区 _____

(3) 電話番号: (自宅) _____ 緊急連絡先: (自宅) _____
(携帯) _____ (携帯) _____

2 利用区分及び期間

(1)	母子ショートステイ	年 月 日 から 年 月 日 (ショートステイ計 泊 日)
(2)	母子デイケア	年 月 日 (デイケア計 日間)

3 利用料金

(1) 世帯区分 : _____

(2) 母子ショートステイ: 1日あたり _____ 円 計 _____ 円

(3) 母子デイケア: 1日あたり _____ 円 計 _____ 円

4 日程の変更または中止

日程の変更(中止)は、変更する2日前(祝祭日・土日・年末年始を除く)の17時までに福祉保健センターより連絡があります。この日を過ぎての利用日の変更(中止)は、キャンセルとして取り扱います。キャンセルは利用回数として計上されます。

なお、キャンセルに伴う利用者負担額は、次のとおりです。利用者から直接お受け取りください。

利用者都合により産後母子ケア事業(ショートステイ・デイケア)の利用が中止された場合の利用者負担額	
利用前々日の17時までに施設に連絡があった場合	0円
利用前々日の17時以降施設に連絡があった場合及び無連絡の場合	ショートステイ:3000円 デイケア:2000円

5 この通知の問い合わせ先

区福祉保健センターこども家庭支援課

電話:

FAX:

様

横浜市

福祉保健センター長

横浜市産後母子ケア事業(ショートステイ・デイケア)利用変更(中止)承認通知書

産後母子ケア事業利用変更(中止)について、次のとおり決定します。

利用者氏名	(利用者番号:)	
事業者名	(電話番号:)	
	変 更 前	変 更 後
変更 (中止) 事由	<input type="checkbox"/> 日程 <input type="checkbox"/> 事業者 <input type="checkbox"/> その他	
	変更(中止)事由発生年月日	年 月 日

この通知の問い合わせ先

区福祉保健センターこども家庭支援課

電話:

FAX:

様

横浜市

福祉保健センター長

横浜市産後母子ケア事業(ショートステイ・デイケア)利用変更(中止)決定通知書

産後母子ケア事業利用変更(中止)について、次のとおり決定します。

利用者氏名	(利用者番号:)	
事業者名	(電話番号:)	
変更(中止)事由	変 更 前	変 更 後
	<input type="checkbox"/> 日程 <input type="checkbox"/> 事業者 <input type="checkbox"/> その他	
変更(中止)事由発生年月日		年 月 日

この通知の問い合わせ先

区福祉保健センターこども家庭支援課

電話:

FAX:

横浜市産後母子ケア事業（ショートステイ・デイケア）委託料請求書

年 月 日

横浜市契約事務受任者

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

(役職及び氏名)

印

次のとおり、 年 月分の横浜市産後母子ケア事業（ショートステイ・デイケア）委託料を請求します。

請求額 ¥

内 訳

ショートステイ

世帯区分 1 @27,900 × _____ 日(利用日数) = 円

世帯区分 2 @24,900 × _____ 日(利用日数) = 円

多胎児加算 @13,950 × _____ 日(利用日数) = 円

デイケア

世帯区分 1 @18,600 × _____ 日(利用日数) = 円

世帯区分 2 @16,600 × _____ 日(利用日数) = 円

多胎児加算 @9,300 × _____ 日(利用日数) = 円

キャンセル料（分娩施設の医師の判断によるもの）

ショートステイ @3,000 × _____ 日(日数) = 円

デイケア @2,000 × _____ 日(日数) = 円

報告等事務費 @930 × _____ 人(利用実人数) = 円

請求等事務費 一式 132,000円 円

合 計 円

振込先金融機関

銀 行

信用金庫 _____ 支店

口座種類 普通 ・ 当座 口座番号 No. _____

(フリガナ)
口座名義人

※ 口座名義人が上記請求者（契約者）と異なる場合は、振り込む事ができません。御注意願います。

※ 通帳口座名義と相違する場合は、振り込むことができません。

横浜市産後母子ケア事業（ショートステイ・デイケア）利用報告書（ 年 月分）

事業者名 _____

	利用者氏名	母子手帳番号 区名	利用回数					※2 事務費あり	利用日※3	キャンセル回数	
			世帯区分		多胎児加算あり	利用区分※1				あり	なし
			①	②		ショートステイ	デイケア				
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
合計											

※1 請求書・利用報告書は月ごとに分けること。
 ※2 同月内にショートステイ・デイケアの利用がある場合は、別に記載すること。
 ※3 事務費は同一の利用者につき1回限り請求可能。

年 月 日

横浜市 福祉保健センター長

住 所
申請者
氏 名

特例による産後母子ケア事業（ショートステイ・デイケア）自己負担額減免申込書

次の母子の産後母子ケア事業自己負担額について、横浜市産後母子ケア事業（ショートステイ・デイケア）実施要綱第8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	性 別
				年 月 日	男・女
利 用 母 氏 名				利 用 助 産 所 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					

第 号
年 月 日

こども青少年局長

_____ 福祉保健センター長

特例による産後母子ケア事業（ショートステイ・デイケア）自己負担額減免協議書

年 月 日申込にかかる次の母子の産後母子ケア事業（ショートステイ・デイケア）自己負担額減免について、必要書類を添えて協議します。

- 1 減 免 申 込 者
住 所

- 2 乳児名、生年月日

- 3 利 用 助 産 所 名
利 用 年 月 日

- 4 減 免 申 込 理 由

- 5 福祉保健センター長
の 意 見、減 免 の
認 定 及 び 減 免 の 期 間

- 6 添 付 書 類

第 号
年 月 日

福祉保健センター長

こども青少年局長

特例による産後母子ケア事業（ショートステイ・デイケア）自己負担額減免協議結果（回答）

年 月 日 第 号により協議のあったこのことについて、次のとおり回答します。

- 1 減 免 申 込 者
住 所
- 2 乳児名、生年月日
- 3 利 用 助 産 所 名
利 用 年 月 日
- 4 減 免 審 査 結 果
- 5 減免後自己負担額
減 免 の 期 間
- 6 添 付 書 類