

砂 川 市 訓 令 第 1 7 号

令和 7年 4月 1日

砂川市産後ケア事業実施要綱の一部を改正する訓令を次のように定める。

砂川市長 飯 澤 明 彦

(別 紙)

砂川市産後ケア事業実施要綱の一部を改正する訓令

砂川市産後ケア事業実施要綱（令和５年訓令第13号）の一部を次のように改正する。

第２条中「及び助産所」を「、助産所その他事業所」に改める。

第４条第２項第３号中「通所型」を「通所型Ａ」に改め、同項に次の３号を加える。

- （４） 通所型Ｂ 産後４か月までの対象者を日帰りで事業者が運営する施設を利用させ、前項に掲げる事業を実施するもの
- （５） 訪問型Ａ 産後１年を超えない対象者の居宅を訪問し、前項に掲げる事業（前項第５号に規定する事業は除く。）を60分以内で実施するもの
- （６） 訪問型Ｂ 産後１年を超えない対象者の居宅を訪問し、前項に掲げる事業（前項第５号に規定する事業は除く。）を90分以内で実施するもの

第５条の見出し中「利用期間」を「利用の期間」に改め、同条第３号中「３回」を「通所型Ａ及び通所型Ｂの利用回数を通算して３回」に改め、同条に次の１号を加える。

- （４） 訪問型 訪問型Ａ及び訪問型Ｂの利用回数を通算して２回を限度とする。

第９条第１項第３号中「通所型」を「通所型Ａ」に改め、同項に次の３号を加える。

- （４） 通所型Ｂ １回当たり500円
- （５） 訪問型Ａ １回当たり500円
- （６） 訪問型Ｂ １回あたり500円

第９条第２項中「宿泊型サービス」の次に「又は通所型Ｂサービス」を加え、同条第３項中「第１項」を「第１項第１号から第４号まで」に、「通所型サービスにあつては１回当たり2,000円」を「通所型サービスの利用にあつては１回当たり2,000円を、訪問型サービスの利用にあつては１回当たり1,000円」に改める。

第10条第２項中「砂川市産後ケア事業に係る請求書（別記第５号様式）」を「砂川市産後ケア事業に係る請求書（宿泊型・通所型用）（別記第５号様式）又は砂川市産後ケア事業に係る請求書（訪問型用）（別記第５号様式の２）」に改める。

別記第１号様式から別記第３号様式まで及び別記第５号様式を次のように改める。

別記第５号様式の次に次の１様式を加える。

別記第６号様式を次のように改める。

附 則

この訓令は、令和7年4月1日から施行する。

砂川市産後ケア事業利用申請書兼同意書

年 月 日

砂川市長 様

申請者 住 所 砂川市

氏 名

(利用者との関係)

連絡先 (TEL)

次のとおり、砂川市産後ケア事業の利用を申請します。

サービス種別		☐ 宿泊型 A ☐ 宿泊型 B ☐ 通所型 A ☐ 通所型 B ☐ 訪問型 A ☐ 訪問型 B 初回・ (回) うち乳児加算 (名)				
利用 者	ふりがな 産婦の氏名		生年月日	年	月	日
	ふりがな 児の氏名	*多胎の場合は別紙に記入して添付	生年月日	年	月	日
	住 所	*申請者と同じ場合は記入不要 電話				
	緊急連絡先	氏名： (続柄：) 電話				
出産医療機関名等						
出産日			退院 (予定) 日			
利用希望期間		年 月 日 ~ 年 月 日 (泊) (回)				
申 請 理 由 (具体的に記入してください。)		☐ 育児に不安があるため指導や相談を受けたい (授乳、沐浴など)。 ☐ 産後に心身の不調があるため休養したい。 ☐ 母乳分泌促進のための乳房ケアを受けたい。 ☐ 卒乳に向けての乳房ケアを受けたい。 ☐ 児の体重増加確認と授乳方法の指導を受けたい。 ☐ 家族の十分な支援が得られない。 ☐ その他 ()				
個人情報の提供に関する同意		本事業の利用に当たり、砂川市が受託事業者に対し、必要な個人情報及び受託事業者が砂川市に対して必要な個人情報を提供することに同意します。 申請者氏名 _____				

(注) 生活保護法による保護を受けている方は、この申請書に「生活保護受給証明書」を添付してください。

証明する書類を提出しない場合は、利用に関する利用者負担額を徴収する場合があります。

以下担当者記入欄

受託先確認 ☐ 利用票作成 ☐ 生活保護受給証明書添付 ☐

第 号
年 月 日

砂川市産後ケア事業利用（承認・不承認）決定通知書

様

砂川市長

年 月 日付けで申請のありました砂川市産後ケア事業の利用について、砂川市産後ケア事業実施要綱第7条の規定に基づき、以下のとおり（承認・不承認）を決定しましたので通知します。

利用者（産婦）	住 所	砂川市
	氏 名	
利用サービス	☐ 宿泊型A ☐ 宿泊型B ☐ 通所型A ☐ 通所型B ☐ 訪問型A ☐ 訪問型B うち乳児加算（ 名）	
利用者負担額	円	
利用期間	年 月 日 から 年 月 日 まで （ 泊 ） （ 回 ）	
遵守事項	・利用中は、利用する医療機関、助産所又は事業所の規則を遵守してください。 ・利用者負担額その他実費相当額は、利用する医療機関、助産所又は事業所に直接お支払いください。 ・生活保護法による被保護世帯に属する方は、「生活保護受給証明書」を利用する医療機関、助産所又は事業所に提出してください。	

不承認の理由	
--------	--

発行市町	砂川市	No.
------	-----	-----

産後ケア事業利用票

利用産婦氏名		生年月日	年	月	日(歳)
利用児氏名	* 多胎の場合は別紙に記入して添付	生年月日	年	月	日(月)
住 所	砂川市		電 話		
緊急連絡先	氏名		電話		
出産年月日 (出産前は予定日)	年 月 日				
出産医療機関等			電話		
	特記事項				
上記利用者の砂川市産後ケア事業を依頼します。 年 月 日 様 砂川市長					
利用したいサービス種別		うち乳児加算(名)			
利用希望期間		年 月 日～ 年 月 日 (泊)(回)			
希望理由	☐ 育児への不安(授乳、沐浴など)が大きい ☐ 心身の休息が必要 ☐ 母親の身体的ケア ☐ 母乳分泌促進のための乳房ケア ☐ 卒乳に向けての乳房ケア ☐ 児の体重増加確認と授乳方法指導 ☐ 家族の十分な支援が得られない ☐ その他()				

産後ケア事業実施報告書

砂川市長 様

次のとおり、砂川市産後ケア事業を実施したので報告します。

利用したサービス種別と 期間	うち乳児加算(名)	年 月 日～ 年 月 日(泊)(回)
ケア内容	☐ 母親の身体的ケア及び保健指導 ☐ 母親の心理的ケア ☐ 適切な授乳ができるためのケア(乳房ケアを含む) ☐ 乳児の成長及び発達確認 ☐ 育児の手技についての具体的指導・相談 ☐ その他()	
利用者の状況・連 絡・引継事項等		
年 月 日 実施医療機関、実施助産所又は実施事業所の名称： サービス担当者氏名：		

砂川市産後ケア事業に係る請求書（宿泊型・通所型用）
（ 年 月分）

区分		単価		請求件数 (人数)	請求金額
一 般	宿 泊 型 A ・ B	円	1 泊		円
		円	2 泊		円
		円	3 泊		円
		円	4 泊		円
	乳 児 加 算	円	1 名		円
	通 所 型 A	円	1 回		円
	通 所 型 B	円	1 回		円
	乳 児 加 算	円	1 名		円
生活保護	宿 泊 型 A ・ B	円	1 泊		円
		円	2 泊		円
		円	3 泊		円
		円	4 泊		円
	乳 児 加 算	円	1 名		円
	通 所 型 A	円	1 回		円
	通 所 型 B	円	1 回		円
	乳 児 加 算	円	1 名		円
請 求 額 合 計					円

* 請求は委託料から利用者負担額を控除した額とします。
* 消費税法施行令第14条の3第7号の規定により利用料は非課税となります。
* 請求の際は砂川市産後ケア事業利用票及び産後ケア実施報告書を添付して下さい。
* 生活保護法による保護を受けている方は利用者負担額を免除しています。

上記のとおり請求します。

年 月 日

砂川市長 様

住 所 _____
事業者名 _____
代表者名 _____ 印

振	金融機関名		支店名			
込	預金種目		口座番号			
先	口座名義	(フリガナ)				

砂川市産後ケア事業に係る請求書（訪問型用）
（ 年 月分）

区分		単価		請求件数 (人数)	請求金額
一 般	訪 問 型 A	円	1 回		円
	訪 問 型 B	円	1 回		円
	乳 児 加 算	円	1 名		円
生 活 保 護	訪 問 型 A	円	1 回		円
	訪 問 型 B	円	1 回		円
	乳 児 加 算	円	1 名		円
		請 求 額 合 計			円

*請求は委託料から利用者負担額を控除した額とします。

*消費税法施行令第14条の3第7号の規定により利用料は非課税となります。

*請求の際は砂川市産後ケア事業利用票及び産後ケア実施報告書を添付して下さい。

*生活保護法による保護を受けている方は利用者負担額を免除しています。

上記のとおり請求します。

年 月 日

砂川市長 様

住所

事業者名

代表者名 印

振 込 先	金融機関名			支店名							
	預金種目		口座番号								
	口座名義	(フリガナ)									

砂川市産後ケア事業費用助成金交付申請書

年 月 日

砂川市長 様

申請者 住 所
氏 名

砂川市産後ケア事業費用助成金の交付を受けたいので、関係書類を添えて次のとおり申請します。

ふりがな				
利 用 者 氏 名			生年月日	年 月 日
住 所	〒 砂川市		電話	
出 産 年 月 日	年 月 日			
滞 在 先 住 所	〒		電話	
利 用 医 療 機 関 等	住所 名称		電話	
サービス種別	利用期間	(a)利用料	(b)助成限度額	申請額 (a)と(b)の低い方の 額
宿泊型A	年 月 日から 年 月 日まで (泊)(回)	円	円	円
宿泊型B	年 月 日から 年 月 日まで (泊)(回)	円	円	円
通所型A	年 月 日から 年 月 日まで (回)	円	円	円
通所型B	年 月 日から 年 月 日まで (回)	円	円	円
訪問型A	年 月 日から 年 月 日まで (回)	円	円	円
訪問型B	年 月 日から 年 月 日まで (回)	円	円	円
うち乳児加算 (名)		円	円	円
申 請 額	円			
振 込 先	銀 行 ()		(ふりがな) 口座名義人	
	店	口座の種別 普通 ・ 当座	口座番号	

※以下は記入しないでください。

市 記 入 欄	収受印	☐ 交付決定 交付決定額 円 ☐ 不交付決定