

砂川市訓令第13号

令和5年3月31日

砂川市産後ケア事業実施要綱を次のように定める。

砂川市長 善 岡 雅 文

(別 紙)

砂川市産後ケア事業実施要綱

(目的)

第1条 この訓令は、母子保健法（昭和40年法律第141号）第17条の2第1項の規定に基づき、産後における心身の不調や育児の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産後ケア事業（以下「事業」という。）を実施することにより、安心して子育てができる支援体制の充実を図ることを目的とする。

(実施主体)

第2条 実施主体は、砂川市（以下「市」という。）とし、市長は、適切な事業運営を確保できると認める医療機関及び助産所（以下「事業者」という。）に事業を委託するものとする。

(対象者)

第3条 事業の対象となる者（以下「対象者」という。）は、市内に住所を有する者であつて、出産又は出生後1年を超えない母子のうち、次のいずれかに該当するものとする。ただし、入院加療又は医療的介入が必要な心身の不調、感染症等の疾患がある者は、除くものとする。

- (1) 産後に心身の不調、育児不安等があり、保健指導を必要とする者
- (2) 家族等から十分な家事、育児等の援助が受けられない者
- (3) 前2号に掲げる者のほか、市長が支援が必要と認める者

(事業の内容)

第4条 対象者に対する事業の内容は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 産婦の身体的ケア、保健指導及び栄養指導
- (2) 産婦の心理的ケア
- (3) 適切な授乳を可能とするケア（乳房ケアを含む。）
- (4) 育児の具体的な指導及び相談
- (5) その他必要な保健指導及び情報提供

2 前項の事業の実施方法は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 宿泊型A 出産入院の退院直後に引き続き対象者を事業者が運営する施設に宿泊させ、前項に掲げる事業を実施するもの
- (2) 宿泊型B 出産入院の退院後から産後4か月までの対象者を事業者が運営する施設に宿泊させ、前項に掲げる事業を実施するもの
- (3) 通所型 産後1年を超えない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

(利用期間及び回数)

第5条 事業の利用期間は、対象者が産後1年を経過するまでの間とし、1回の出産につき、事業の利用回数は次に掲げるとおりとする。

- (1) 宿泊型A 1回につき1泊2日とし、4回を限度とする。
- (2) 宿泊型B 1回につき1泊2日とし、前号の利用回数と通算して7回を限度とする。
- (3) 通所型 3回を限度とする。

(利用の申請)

第6条 事業を利用しようとする者(以下「申請者」という。)は、砂川市産後ケア事業利用申請書兼同意書(別記第1号様式。以下「申請書」という。)を市長に提出しなければならない。ただし、緊急を要すると市長が認めた場合にあつては、申請書の提出は事後でも差し支えないものとする。

- 2 前項の場合において、申請者が生活保護法(昭和25年法律第144号)の規定による被保護世帯に属する者(以下「生活保護者」という。)に該当するときは、生活保護受給証明書を申請書に添付しなければならない。

(利用の決定等)

第7条 市長は、申請書の提出があつたときは、速やかにその内容の審査を行い、事業の利用の可否を決定し、砂川市産後ケア事業利用(承認・不承認)決定通知書(別記第2号様式。以下「通知書」という。)により申請者に通知するものとする。この場合において、利用承認を受けた者(以下「利用者」という。)に対しては、産後ケア事業利用票及び産後ケア事業実施報告書(別記第3号様式。以下「利用票兼報告書」という。)を交付するものとする。

- 2 利用者は、事業を利用するときは、通知書及び利用票兼報告書を事業者に提出するものとする。この場合において、事業者は、利用票兼報告書を確認のうえ必要な調整を行うとともに、利用者に事業内容の説明を行わなければならない。
- 3 利用者は、利用票兼報告書の内容に変更が生じたときは、速やかに、市及び事業者に申し出なければならない。

(再交付)

第8条 利用者は、通知書及び利用票兼報告書を紛失、汚損、又は破損したときは、砂川市産後ケア事業利用(承認・不承認)決定通知書等再交付申請書(別記第4号様式)を市長に提出して、再交付を受けることができる。

- 2 市長は、前項の再交付を行う場合は、通知書及び利用票兼報告書の欄外に「再交付」と朱書きして交付するものとする。

(利用者負担額)

第9条 利用者は、事業を利用したときは、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に定める利用者負担額を事業者に支払うものとする。ただし、生活保護者については、利用者負担額を免除するものとする。

- (1) 宿泊型A 1回当たり1,000円
- (2) 宿泊型B 1回当たり1,000円
- (3) 通所型 1回当たり500円

(委託料及び請求支払方法)

第10条 事業の委託料は、市と事業者が締結する委託契約において定めるものとする。

- 2 事業者は、事業を実施した場合においては、委託料について月ごとにまとめ、翌月10日までに砂川市産後ケア事業に係る請求書（別記第5号様式）に利用票兼報告書を添えて、市長に請求するものとする。
- 3 市長は、前項の請求を受けたときは、内容を審査のうえ、事業者に委託料を支払うものとする。

(償還払いの申請等)

第11条 里帰り出産等のため、市が委託契約を締結していない事業者において、市長が第4条に定める事業に類似すると認めた事業（以下「認定事業」という。）を利用した対象者は、前条に定める委託料のうち当該事業に該当する委託料に相当する金額を上限として、償還払いによる助成を受けることができる。

- 2 前項の助成を受けようとする者（以下「助成申請者」という。）は、砂川市産後ケア事業費用助成金交付申請書（別記第6号様式）に次に掲げる書類を添えて、市長に提出しなければならない。
 - (1) 領収書
 - (2) 診療明細書
 - (3) 母子手帳その他の事業を受けたことが確認できる書類
 - (4) 前3号に掲げるもののほか、市長が必要と認める書類
- 3 市長は、前項の申請があったときは、速やかにその内容を審査のうえ、助成の可否を決定し、砂川市産後ケア事業費用助成金交付（不交付）決定通知書（別記第7号様式）により助成申請者に通知するものとする。
- 4 償還払いによる助成は、認定事業を利用した日の翌日から産後1年以内に行わなければならない。

(助成金の返還)

第12条 市長は、偽りその他不正の手段により助成の決定を受けた者に対し、助成した金額の全部又は一部を返還させることができる。

(個人情報の保護)

第13条 事業者は、事業の実施に当たっては、利用者の個人情報の保護に十分留意しなければならない。

(その他)

第14条 この訓令に定めるもののほか必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この訓令は、令和5年4月1日から施行する。

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	<input type="checkbox"/> 宿泊型A <input type="checkbox"/> 宿泊型B <input type="checkbox"/> 通所型	
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、利用施設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、事業者へ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又は助産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		生年月日	年	月	日(歳)
利用児氏名		生年月日	年	月	日(歳)
住所	砂川市		電話		
緊急連絡先	氏名		電話		
出産年月日	年	月	日		
出産医療機関 又は助産所			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					
利用希望期間		年	月	日	～ 年 月 日 (泊)(回)
希望理由	<input type="checkbox"/> 育児への不安(授乳、沐浴など)が大きい				
	<input type="checkbox"/> 心身の休息が必要				
	<input type="checkbox"/> 母親の身体的ケア				
	<input type="checkbox"/> 母乳分泌促進のための乳房ケア				
	<input type="checkbox"/> 卒乳に向けての乳房ケア				
<input type="checkbox"/> 児の体重増加確認と授乳方法指導					
<input type="checkbox"/> 家族の十分な支援が得られない					
<input type="checkbox"/> 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		年	月	日	～ 年 月 日 (泊)(回)
ケア内容	<input type="checkbox"/> 母親の身体的ケア及び保健指導				
	<input type="checkbox"/> 母親の心理的ケア				
	<input type="checkbox"/> 適切な授乳ができるためのケア(乳房ケアを含む)				
	<input type="checkbox"/> 乳児の成長及び発達確認				
	<input type="checkbox"/> 育児の手技についての具体的指導・相談				
<input type="checkbox"/> その他()					
利用者の状況・連絡・引継事項等					
年 月 日					
実施医療機関等：					
サービス担当者氏名：					

別記第4号様式（第8条関係）

砂川市産後ケア事業利用（承認・不承認）決定通知書等再交付申請書

年 月 日

砂川市長 様

砂川市産後ケア事業利用（承認・不承認）決定通知書等の再交付について、砂川市産後ケア事業実施要綱第8条の規定に基づき、下記のとおり申請します。

記

(ふりがな)	
氏名	
住所	〒 砂川市
生年月日	年 月 日 (歳)
電話番号	
再交付を希望するもの	<input type="checkbox"/> 砂川市産後ケア事業利用（承認・不承認）決定通知書 <input type="checkbox"/> 産後ケア事業利用票及び産後ケア事業実施報告書
申請理由	<input type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 破損又は汚損 (破損又は汚損した砂川市産後ケア事業利用登録承認通知書等をご提出ください。) <input type="checkbox"/> 記載事項の変更 <input type="checkbox"/> その他 ()

砂川市産後ケア事業に係る請求書

（ 年 月分）

区分		単価		請求件数 (人数)	請求金額
一 般	宿泊型A	5,000円	1泊		円
		10,000円	2泊		円
		15,000円	3泊		円
		20,000円	4泊		円
	宿泊型B	6,500円	1泊		円
	通所型	2,500円	1回		円
生活保護	宿泊型A	6,000円	1泊		円
		12,000円	2泊		円
		18,000円	3泊		円
		24,000円	4泊		円
	宿泊型B	7,500円	1泊		円
	通所型	3,000円	1回		円
請求額合計					円

*消費税法施行令第14条の3第7号の規定により請求額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事業実施報告書を添付してください。

*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			生年月日	年 月 日	
利 用 者 名 氏 名					
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 又は助産所	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	年 月 日から 年 月 日まで (回)	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	<input type="checkbox"/> 交付決定 交付決定額 _____ 円 <input type="checkbox"/> 不交付決定

第 号
年 月 日

砂川市産後ケア事業費用助成金交付（不交付）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費用助成金につきまして、下記のとおり決定しましたので、砂川市産後ケア事業実施要綱第11条の規定に基づき通知します。

記

1 交 付	砂川市産後ケア事業費用助成金 円を交付します。
2 不 交 付	理由