

砂川市訓令第13号

令和8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4条第2項に次の1号を加える。

- (7) 市立病院訪問型 産後4か月までの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。）を実施するもの

第5条中「事業の利用回数は」を「事業を利用できる回数は、」に改め、同条第1号中「宿泊型A」を「宿泊型Aは、」に改め、同条第2号中「宿泊型B」を「宿泊型Bは、」に改め、同条第3号を次のように改める。

- (3) 通所型A及び通所型B並びに訪問型A、訪問型B及び市立病院訪問型は、これら全てを通算して7回を限度とする。

第5条第4号を削る。

第7条第2項中「のうえ」を「の上、」に改める。

第9条第1項第6号中「あたり」を「当たり」に改め、同項に次の1号を加える。

- (7) 市立病院訪問型 1回当たり500円

第10条第3項中「のうえ」を「の上」に改める。

第11条第3項中「のうえ」を「の上」に改める。

別記第1号様式、別記第2号様式及び別記第5号様式を次のように改める。

附 則

この訓令は、令和8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	<input type="checkbox"/> 宿泊型A <input type="checkbox"/> 宿泊型B <input type="checkbox"/> 通所型A <input type="checkbox"/> 通所型B <input type="checkbox"/> 訪問型A <input type="checkbox"/> 訪問型B <input type="checkbox"/> 市立病院訪問型 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。)	<input type="checkbox"/> 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)。 <input type="checkbox"/> 産後に心身の不調があるため休養したい。 <input type="checkbox"/> 母乳分泌促進のための乳房ケアを受けたい。 <input type="checkbox"/> 卒乳に向けての乳房ケアを受けたい。 <input type="checkbox"/> 児の体重増加確認と授乳方法の指導を受けたい。 <input type="checkbox"/> 家族の十分な支援が得られない。 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 宿泊型A <input type="checkbox"/> 宿泊型B <input type="checkbox"/> 通所型A <input type="checkbox"/> 通所型B <input type="checkbox"/> 訪問型A <input type="checkbox"/> 訪問型B <input type="checkbox"/> 市立病院訪問型 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	
--------	--

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
	訪 問 型	円	1 回		
	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
	訪 問 型	円	1 回		
	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)				