

産後ケア事業利用券



南あわじ市産後ケア事業の利用について、次のとおり承認することに決定する。

南あわじ市長

発行番号		発行日		年 月 日	
利用 者	ふりがな 氏名	生年月日		年 月 日 (歳)	
	住所	〒 電話			
	※里帰り先住所:				
	出産医 療機関	出産日	□ 帝王切開 年 月 日 (在胎 週)		
	ふりがな 乳児氏名	(第 子)	性別	男・女	出生 体重 g
	多胎の場合 ふりがな 乳児氏名	(第 子)	性別	男・女	出生 体重 g
兄弟利用の場合 ふりがな 児氏名	(第 子)	性別	男・女	生年 月 日	年 月 日 (歳)

承認 サー ビス	種別	承認内容	承認日・時	承認事業所名
	□ 宿泊 型	□ 事業所の予約を市に依頼	月 日 ~ 月 日 (泊 日)	
		□ 利用日数のみ申請	利用上限 日間 利用期間:産後1年以内	※利用券受受理后、自ら要予約 年 月 日 まで
	□ 通所 型	□ 事業所の予約を市に依頼	月 日 月 日	
		□ 利用時間数のみ申請	利用上限 日 利用期間:産後1年以内	※利用券受受理后、自ら要予約 年 月 日 まで
	□ 訪問 型	□ 事業所の予約を市に依頼	月 日 月 日	
□ 利用時間数のみ申請		利用上限 回 利用期間:産後1年以内	※利用券受受理后、自ら要予約 年 月 日 まで	
依頼内容		□ 母の体調管理 □ 母の栄養相談 □ 心の休息 □ 身体 of 休息 □ 乳房ケア □ 授乳相談 □ 発達発育チェック・相談 □ 離乳食相談 □ 育児相談 □ 沐浴指導 □ その他 ()		

自己負 担額	宿泊型(1日当たり)		通所型(1時間当たり)		訪問型(1時間当たり)	
	①基本額 円		①基本額 円		①基本額 円	
	②多胎加算 円		②多胎加算 円		②多胎加算 円	
	1日当たりの負担額(①②)		1時間当たりの負担額(①②)		1時間当たりの負担額(①②)	
	計 円		計 円		計 円	
	※利用変更又は利用中止がある場合は、速やかに事業所に連絡ください。 ※利用変更・中止された場合のキャンセル料(自己負担)が発生する場合があります。事業所から請求されますので、直接お支払いください。 ※自己負担額は、利用当日に事業所に直接お支払いください。なお、兵庫県の産後ケア事業協 事業所以外を利用される場合は、一旦全額自己負担となります。					
区分	□ 市民税非課税世帯 □ その他(課税世帯)					

- 産後ケア事業の利用券に関する留意事項は、裏面に記載しています。必ず確認ください。
- アンケートは利用ごとに回答をお願いします。



利用後アンケート

産後ケア事業の利用券について

南あわじ市では、産後ケア事業の費用助成を行っています。
この利用券を、産後ケア事業協力事業所に提示することで、利用券に記載しているサービスを受けられます。

【問合せ先】

南あわじ市 健康課

住所: 〒656-0492 兵庫県南あわじ市市善光寺22番地1

電話:0799-43-5218

FAX:0799-43-5318

【留意事項】

利用者の皆さまへ

- ① 兵庫県産後ケア事業協力機関のみの利用となります。産後ケア事業を受ける場合は、必ずこの利用券を実施事業所に提示ください。
- ② 負担額については、利用当日に実施事業所へ直接お支払いください。
- ③ オプションサービスを利用した場合は、全額利用者の自己負担となりますので、実施事業所へ直接お支払いください。
- ④ 利用変更・中止された場合のキャンセル料(自己負担)が発生する場合があります。利用前にキャンセル料の発生時期やキャンセル料等、確認した上で利用をお願いします。事業所から請求されますので直接お支払いください。
- ⑤ 申請時に事業所の予約依頼を行った場合は、記載の承認日・時、承認事業所のみ有効です。
- ⑥ 利用日数(時間数)のみ申請の場合は、承認日・時を超えての利用は、全額自己負担となります。
- ⑦ 利用上限があります。利用時は下記「産後ケア事業利用記録表」を記入してもらってください。
また、母子健康手帳にも記入してもらってください。
- ⑧ この利用券は、本人以外は使用できません。
- ⑨ この利用券は、南あわじ市外へ転出された場合は使用できません。(転出される場合は、新住所の市町へお問い合わせください。)

産後ケア事業利用記録表

※兵庫県産後ケア事業協力事業所以外を利用された場合は、ご自身で記入してください。

[illegible]