

南阿蘇村産後ケア事業実施要綱

令和4年1月4日

告示第1号

(趣旨)

第1条 この告示は、安心して子育てができる環境の整備を図るため、出産後支援を必要とする母子等に対し心身のケアや育児のサポートを行う産後ケア事業(以下、「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 この事業の実施主体は、南阿蘇村とする。ただし、村長は、事業の一部を適切な事業の運営を確保することができると認める助産師、助産院又は医療機関等(以下「受託事業者」という。)に委託して実施することができる。

(対象者)

第3条 事業の対象となる者(以下「対象者」という。)は、村内に住所を有し、産後1年未満の母親並びにその新生児及び乳児で、次の各号のいずれかに該当するものとする。ただし、医療行為の必要な者を除く。

- (1) 産後に心身の不調又は育児不安等がある者
- (2) その他、村長が特に支援が必要と認める者

(事業の利用種別及び支援内容)

第4条 事業の利用種別は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 訪問型 対象者の自宅において、対象者に支援を行う
- (2) 通所型 受託事業者が用意する施設において、日帰りで対象者に支援を行う
- (3) 宿泊型 受託事業者が用意する施設において、対象者を宿泊させ支援を行う

2 事業の支援内容は、次に掲げるとおりとし、対象者の状態に応じた内容を実施する。

- (1) 母親の身体的ケア(乳房ケアを含む)
- (2) 母親の心理的ケア
- (3) 授乳、沐浴等の育児に関する具体的な手技指導及び相談
- (4) 保健指導、栄養指導、相談支援
- (5) 前各号に掲げるもののほか、必要な支援等

(利用時間及び利用回数)

第5条 対象者が事業を利用することができる時間は、1回の利用につき、訪問型及び通所型においては2時間以内、宿泊型においては1泊とする。

2 対象者が事業を利用することができる回数は、1度の出産につき、利用種別を通じて7回までとする。

3 前2項の規定にかかわらず、母子の状況等により、村長が引き続き事業の利用が必要と認める場合は、この限りでない。

(利用の申請)

第6条 事業を利用しようとする者(以下、「利用予定者」という。)は、産後ケア事業利用申請書兼同意書(様式第1号)に、当該利用予定者に係る次に掲げる書類を添えて、村長に提出するものとする。ただし、次に掲げる書類により証明すべき事実を村長が公簿等により確認できるときは、当該書類の添付を省略することができる。

(1) 母子保健法(昭和40年法律第141号)第16条に規定する母子健康手帳

(2) 市町村民税課税状況を証する書類

(3) 生活保護法(昭和25年法律第144号)による被保護世帯に属する場合、それを証する書類

2 本村に住所を有する者で、当該事業の対象者となる可能性がある妊婦(以下、「利用予定妊婦」)については、妊娠中に利用の申請をすることができるものとする。

(利用の決定等)

第7条 村長は、前条に規定する申請書兼同意書を受理したときは、速やかにその内容を審査し、産後ケア事業利用承認・不承認通知書(様式第2号)により、その結果を利用予定者に通知するものとする。

2 前条2項に係る利用の決定は、利用予定妊婦の出産日以降に確定するものとする。

(利用の変更又は中止)

第8条 前条第1項の規定により事業の利用の承認を受けた母親(以下「利用者」という。)は、利用の内容を変更又は利用を中止する場合は、利用を予定していた受託事業者に申し出なければならない。

2 利用者が、利用予定日の前々日までに前項の規定による変更又は中止の届出をせず、利用者が事業を利用しなかったときは、事業を利用したものとみなす。ただし、村長がやむを得ない事情があると認めたときは、この限りでない。

(費用負担)

第9条 利用者の費用負担は、1回(泊)の利用につき別表のとおりとし、利用者は、受託事業者に利用者負担金を支払うものとする。

2 事業利用中の食事代、ミルク代、おむつ代、交通費その他利用者に負担させることが適当と認められる費用は、利用者の負担とする。

(実施報告)

第10条 受託事業者は、利用者の個別の利用状況について、産後ケア事業実施報告書(様式第3号)を作成し、事業を実施した月ごとに、翌日10日までに村長に報告するものとする。

(委託料)

第11条 村長は、受託事業者から委託料の請求を受けたときは、前条の実施報告書及び当該請求の内容を審査し、適当と認めた場合は、当該請求を受けた日から30日以内に受託事業者に支払うものとする。

(秘密保持義務)

第12条 受託事業者は、業務に関して知り得た秘密を他に漏らし、自己の利益のために利用し、又は不当な目的に利用してはならない。職務を退いた後においても、同様とする。

(その他)

第13条 この告示に定めるもののほか、必要な事項は、村長が別に定める。

附 則

この告示は、令和4年1月4日から施行する。

附 則

この告示は、令和6年4月1日から施行する。

別表(第9条関係)

利用種別	利用料(1回(泊)につき)
訪問型	1,000円
通所型	1,000円
宿泊型	5,000円

備考

- 1 別表に定める利用料は市町村民税課税世帯に係る金額とし、市町村民税非課税世帯については半額、生活保護世帯については無料とする。

様式第1号（第6条関係）

（あて先）南阿蘇村長

年 月 日

南阿蘇村産後ケア事業利用申請書

下記のとおり、南阿蘇村産後ケア事業の利用を申請します。
なお、この申請にあたり、利用料決定のために南阿蘇村が世帯の所得状況及び住民基本台帳による世帯状況等を調査することに同意します。
また、利用者への支援に資するため、必要な情報を南阿蘇村と事業受託事業者が相互に情報提供することに同意します。

記

フリガナ 利用者氏名 (申請者氏名)		生年月日	年 月 日 (歳)
住所	南阿蘇村大字		
電話番号	自宅	携帯（本人）	
緊急連絡先	氏名 (続柄) 電話（携帯） - -		
出産（予定）日	年 月 日	出産（予定） 医療機関	
利用希望施設等	第1希望		第2希望
申請理由 (具体的に記入し てください。)	<input type="checkbox"/> 産後、心身に不調がある ↳ <input type="checkbox"/> 体調に不安がある <input type="checkbox"/> 育児不安がある <input type="checkbox"/> 乳房ケアを希望する <input type="checkbox"/> 多胎 <input type="checkbox"/> その他 ()		
世帯の区分	<input type="checkbox"/> 村民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯		
※担当者記入欄	通知書送付日： 年 月 日 (承認 ・ 不承認)		

備考

- ※ 所得状況は、前年の所得（1月から6月までの申請については、前々年の所得）を確認します。
- ※ 村民税非課税世帯であり、かつ、転入等のため所得状況が村の台帳で確認できない場合は、別途世帯の所得証明書等の資料を提出していただきます。
- ※ 生活保護世帯の方は、生活保護受給証明書の提示をお願いいたします。
- ※ 利用者と申請者が異なる場合（配偶者や家族等が代理で申請する場合は、申請者の本人確認書類（マイナンバーカード、運転免許証等）を提示していただきます。

様式第2号（第7条関係）

第 号
年 月 日

様

南阿蘇村長



南阿蘇村産後ケア事業利用承認・不承認決定通知書

年 月 日付けで申請がありました南阿蘇村産後ケア事業利用申請について、下記のとおり承認・不承認となりましたので通知します。

記

1 承認

利用者	住所	
	氏名	
利用期限	出産後1年を迎える前日まで（ 年 月 日まで）	
利用料		
留意事項		
(1) 申請内容に変更が生じた場合は、速やかに届け出てください。		
(2) 申請内容に虚偽がある場合等においては、承認を取り消す場合があります。		

2 不承認

不承認理由	
-------	--

様式第3号(第10条関係)

年 月 日

(あて先)南阿蘇村長

事業所 住所
名称
代表者
電話番号

産後ケア事業利用実績報告書

下記のとおり、産後ケア事業を実施したので報告します。

記

(年 月実施分)

利用者 産婦氏名	生年月日	年 月 日
子の氏名		
利用日	年 月 日	<input type="checkbox"/> 訪問型 <input type="checkbox"/> 通所型 <input type="checkbox"/> 宿泊型
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 訪問型 <input type="checkbox"/> 通所型 <input type="checkbox"/> 宿泊型
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 訪問型 <input type="checkbox"/> 通所型 <input type="checkbox"/> 宿泊型
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 訪問型 <input type="checkbox"/> 通所型 <input type="checkbox"/> 宿泊型
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 訪問型 <input type="checkbox"/> 通所型 <input type="checkbox"/> 宿泊型
【実施した内容】 該当項目に☑をいれてください。(複数可) <input type="checkbox"/> ①母親の身体的ケア(乳房ケアの実施: <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> ②母親の心理的ケア <input type="checkbox"/> ③授乳、沐浴等の育児に関する具体的な手技指導及び相談 <input type="checkbox"/> ④保健指導、栄養指導、相談支援 <input type="checkbox"/> ⑤その他必要な支援等(内容:)		
【結果・所見】 <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; min-height: 100px;"></div>		

※利用者一人につき、ひと月分をまとめて作成してください。

様式第1号(第6条関係)

様式第2号(第7条関係)

様式第3号(第10条関係)