

横浜市産前産後ケアヘルパー利用申請書

平成 年 月 日

横浜市 福祉保健センター長

私は、横浜市産前産後ケアヘルパーの派遣を申請します。

申請者 (養育者)	(ふりがな) 氏名		生年月日	昭和・平成	年	月	日生(歳)			
	住所	横浜市 区		TEL						
				FAX						
	出産日	平成	年	月	日	出産予定日 及び妊娠週数	平成	年	月	日・妊娠 週
世帯 構 成	氏名	ふりがな	続柄	生年月日	勤務先・学校の名称					
				年 月 日						
				年 月 日						
				年 月 日						
世帯の区分 ()に○を記入してください。	<input type="checkbox"/> ①生活保護世帯・市町村民税非課税世帯※ ※証明書が必要です <input type="checkbox"/> ②課税世帯									
申請理由 ()を記入してください。	<input type="checkbox"/> ①妊娠中で体調不良があり、子どもの養育に支障があり、日中、家事や育児を行う者が他にいません。 病名または症状 () <input type="checkbox"/> ②出産後8週間以内で体調不良があり、子どもの養育に支障があり、日中、家事や育児を行う者が他にいません。									
希望するサービスに○を付けてください。 ※買い物等の居宅外のサービスで要した交通費等は利用者の実費負担となります。	家事援助	<input type="checkbox"/> 食事の準備及び後かたづけ <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯、補修 <input type="checkbox"/> 居室等の掃除、整理整頓 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物 <input type="checkbox"/> 関係機関との連絡 <input type="checkbox"/> その他必要な家事援助 ()	育児援助	<input type="checkbox"/> 授乳 <input type="checkbox"/> おむつ交換 <input type="checkbox"/> もく浴介助 <input type="checkbox"/> 適切な育児環境の整備 <input type="checkbox"/> その他必要な育児援助 ()						
派遣希望事業者名										
添付書類	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 生活保護証明書 <input type="checkbox"/> 市民税非課税証明書									
情報提供に関する同意書 福祉保健センター長 横浜市産前産後ケアヘルパー利用申請書に記載のある情報をヘルパー派遣事業者へ情報提供することとします。また、利用者の健康状態について、ヘルパー派遣事業者から福祉保健センターに情報提供することに同意します。 年 月 日 申請者氏名 ㊟										

申請先：お住まいの区のこども家庭（障害）支援課

横浜市産前産後ケアヘルパー利用申請書

記入のしかた

平成 年 月 日

横浜市 福祉保健センター長

私は、横浜市産前産後ケアヘルパーの派遣を申請します。

申請者 (養育者)	(ふりがな) 氏名	横浜市 区 TEL		生年月日	昭和・平成 年 月 日生(歳)	
	住所	出産後利用の場合記入してください。		妊娠中利用の場合記入してください。		
	出産日	平成 年 月 日	出産予定日 及び妊娠週数	平成 年 月 日・妊娠 週		
世帯 構 成	氏名	ふりがな	続柄	生年月日	勤務先・学校の名称	
	同居のすべての方を 記入してください。			年 月 日		
				年 月 日		
				年 月 日		
世帯の区分 ()に○を記入してください。	<input type="checkbox"/> ①生活保護世帯・市町村民税非課税世帯※ ※証明書が必要です <input type="checkbox"/> ②課税世帯					
申請理由 ()を記入してください。	<input type="checkbox"/> ①妊娠中で体調不良があり、子どもの養育に支障があり、日中、家事や育児を行う者が他にいません。 病名または症状 () <input type="checkbox"/> ②出産後8週間以内で体調不良があり、子どもの養育に支障があり、日中、家事や育児を行う者が他にいません。					
希望するサービスにレを付けてください。 ※買い物等の居宅外のサービスで要した交通費等は利用者の実費負担となります。	家事援助	<input type="checkbox"/> 食事の準備及び後かたづけ <input type="checkbox"/> 衣類の洗濯、補修 <input type="checkbox"/> 居室等の掃除、整理整頓 <input type="checkbox"/> 生活必需品の買い物 <input type="checkbox"/> 関係機関との連絡	育児援助	<input type="checkbox"/> 授乳 <input type="checkbox"/> おむつ交換 <input type="checkbox"/> もく浴介助 <input type="checkbox"/> 適切な育児環境の整備 <input type="checkbox"/> その他必要な育児援助	派遣事業者名簿の中からお選びください。事業者の詳細は各社のHP等をご覧ください。原則として20回とも同じ事業者となります。	
派遣希望事業者名	添付した書類にレを付けてください。					
添付書類	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> 生活保護証明書 <input type="checkbox"/> 市民税非課税証明書					
情報提供に関する同意書 福祉保健センター長 横浜市産前産後ケアヘルパー利用申請書 署名・捺印がないと受付できません。本人署名であれば捺印を省略することができます。 遺業者に情報提供することとします。また、利用者の健康センターに情報提供することに同意します。						
				年 月 日	申請者氏名	
				(印)		

申請先：お住まいの区のこども家庭（障害）支援課

横浜市産前産後ケア事業の利用にあたって

この規定は、横浜市産前産後ケア事業をご利用いただくにあたっての利用条件を定めたものです。

横浜市産前産後ケア事業利用規定

1 派遣対象

横浜市に住所を有する次の方に、横浜市と契約した産前産後ケアヘルパー派遣事業者（以下「派遣事業者」という。）からヘルパーを派遣し、家事及び育児の援助を行います。

- (1) 妊娠中で体調不良により子どもの養育に支障があり、日中、他に家事や育児を行うものがない妊婦。
- (2) 出産後8週間以内で体調不良により子どもの養育に支障があり、日中、他に家事や育児を行うものがない養育者。

2 サービス内容（詳しくは、「9 サービス内容の詳細」を参照）

- (1) 家事に関する援助（食事の準備及び後かたづけ、衣類の洗濯、居室などの清掃・整理整頓、生活必需品の買い物等、日常的に行う必要がある家事）
- (2) 育児に関する援助（授乳、おむつ交換、もく浴介助、適切な育児環境の整備等）

※このサービスは、自宅で利用者（母親等）への援助を行います。

ヘルパーとお子様だけの留守番等はできません。

3 派遣の時間、期間及び回数

- (1) 利用可能時間：9時から17時まで、1回2時間以内、1日2回まで（2回を継続して4時間の利用も可能）
- (2) 利用回数：産前・産後各延べ20回以内

4 利用料

利用料は、原則として、その都度、派遣事業者にお支払いください。

派遣対象となる世帯	利用料(1回2時間あたり)	提出が必要な証明書類
生活保護世帯	0円	保護証明書
市民税非課税世帯	0円	市民税・県民税非課税証明書
課税世帯	1,500円	

5 申込方法

- (1) 「横浜市産前産後ケアヘルパー利用申請書（以下「申請書」という。）」に記入し、福祉保健センターこども家庭（障害）支援課へご提出ください。妊婦の場合は体調不良について記載された診療情報提供書も添付してください。
- (2) 申請書を記入する際に、産前産後ケア事業事業者一覧から、希望の事業者を選んでください。
- (3) 診療情報提供書の提出が遅れる場合は福祉保健センターへご相談ください。

6 利用承認・日程調整

母親の体調不良によりお子さんの養育に支障があると認められた場合、利用できます。

利用承認後、事業者と利用日の3日前（祝祭日・土日・年末年始を除く）の17時までに派遣事業者に連絡し、日程調整をしてください。

なお、派遣事業者との日程調整等については、ご希望に添えない場合がありますので、予めご了承ください。

7 日程の変更及びキャンセルに伴う利用者負担額

- (1) 利用日程の変更（追加又は中止）を希望する場合は、利用日の3日前（祝祭日・土日・年末年始を除く）の17時までに派遣事業者に連絡し、日程調整をしてください。

※なお、日程変更については、ご希望に添えない場合がありますので、予めご了承ください。

- (2) 利用予定日の3日前の17時を過ぎての中止は、キャンセルとして取り扱います。キャンセルは利用回数として計上しますので、ご注意下さい。なお、キャンセルに伴う利用者負担額は、次のとおりです。派遣事業者に直接お支払いください。

利用者都合によりヘルパーの派遣が中止された場合の利用者負担額	
派遣前日の17時までに派遣事業者に連絡があった場合	0円
派遣前日の17時から当日訪問出発前までに派遣事業者に連絡があった場合	800円
当日訪問出発前までに派遣事業者に連絡がなく、訪問してしまった場合	1,500円

※なお、天災などやむを得ない事情がある場合は、派遣を中止することがありますので、ご了承ください。

8 利用の確認

サービス利用の確認を行うため、利用の都度、ヘルパーが持参する「横浜市産前産後ケアヘルパー派遣利用確認書」に署名（サイン）をしてください。

9 サービス内容の詳細（※■については、不可）

この項目を参考に、2時間以内で行える範囲をあらかじめ利用者は御検討してヘルパーにお伝えください。

(1) 家事援助

ア 食事の準備及び後かたづけ

- 調理
- 配ぜん・かたづけ・テーブル拭き・皿洗い

イ 衣類の洗濯、補修

- おむつの洗濯（手洗い）
- 洗濯機を回す、物干し
- 洗濯物をたたむ、洗濯物のタンス等へのかたづけ
- アイロンがけ、裁縫（ボタン付け等）

ウ 居室等の掃除、整理整頓

- リビング・居間・寝室・台所の軽易な掃除、窓ふき
- リビング・居間・寝室のエアコンの掃除（産前産後ケア事業では、お手伝いできません。）
- 新聞・雑誌等の軽易なかたづけ
- トイレ・風呂・洗面所の軽易な掃除
- ガスコンロ・シンク・冷蔵庫等の掃除（産前産後ケア事業では、お手伝いできません。）
- 玄関・ベランダの軽易な掃除
- 庭の掃除・水まき（産前産後ケア事業では、お手伝いできません。）

エ 生活必需品の買い物 [公共交通機関に要した実費は負担していただきます。]

- スーパー、コンビニなどでの食材・日用品の買い物
- 出産祝いのお返しの買い物（産前産後ケア事業では、お手伝いできません。）
- 自動車の給油・洗車（産前産後ケア事業では、お手伝いできません。）

オ 関係機関との連絡 [公共交通機関に要した実費は負担していただきます。]

- 郵便局・ポストへの郵便物の持込み
- 銀行への振り込み、引き出し等（産前産後ケア事業では、お手伝いできません。）
- 区役所・税務署等への申告等（産前産後ケア事業では、お手伝いできません。）

カ その他必要な家事援助

- 利用者の布団を干す

(2) 育児援助

ア 授乳

- 湯沸かし・ポット等への移し替え
- 粉ミルク調合
- ほ乳瓶の洗浄・煮沸・煮沸後のかたづけ

イ おむつ交換

- おむつ交換
- ベビー布団の用意・かたづけ

ウ もく浴介助

- ベビーバスの用意・かたづけ
- もく浴介助
- 乳児のふき取り

エ 適切な育児環境の整備

- エアコンの温度調節、窓あけ・カーテンによる室温調節
- ベビー布団を干す
- 乳児の着替え
- ベビーベット、乳児用玩具の組立て取付け等（産前産後ケア事業では、お手伝いできません。）

オ その他の必要な育児援助

- きょうだい児の遊び相手（居宅内）
- きょうだい児の保育園・幼稚園への送迎（産前産後ケア事業では、お手伝いできません。子育てサポートシステムをご利用ください。）

○ 問い合わせ

お住まいの区の子ども家庭（障害）支援課 または

横浜市子ども青少年局子ども家庭課（電話 045-671-2455 FAX 045-681-0925）

診療情報提供書（養育者用）

(横浜市)
区福祉保健センター長

平成 年 月 日

医療機関・科名

所在地

電話番号

医師名

印

フリガナ			男・女	昭和・平成 年 月 日生 () 歳	職業 ()
患者の氏名					
傷病名	(疑いを含む) その他の傷病名				
病状 既往症 治療状況等	()				
児の氏名	男・女 平成 年 月 日生				
住所	横浜市 区		電話番号 (自宅・実家・その他)		
退院先の住所	様方		電話番号 (自宅・実家・その他)		
入退院日	入院日：平成 年 月 日		退院予定日：平成 年 月 日		
出生時の状況	出生場所：当院 他院 ()		家族構成		
	在胎：() 週 単胎・多胎 () 子中 () 子				
	体重：() g 身長：() cm				
	出生時の特記事項：無・有 ()				
	妊娠中の異常の有無：無・有 ()				
	妊婦健診の受診の有無：無・有 (回)		育児への支援者：無・有 ()		
※以下の項目は、該当するものに○、その他には具体的に記入してください					
児の状況	発育・発達	発育不良 発達のおくれ その他 ()			
	日常的世話の状況	健診未受診 予防接種未受診 不潔 その他 ()			
養育環境	家族関係	面会が極端に少ない その他 ()			
	他の児の状況	疾患 () 障害 ()			
	子どもとの分離歴	出産後の長期入院 施設入所等 その他 ()			
	健康状態等	疾患 () 障害 ()			
		出産後の状況 (マタニティ・ブルーズ、産後うつ等) その他 ()			
		うつ病のチェック：不眠 有・無 食欲 [※] 有・無 抑うつ気分 有・無			
	※「おいしいものをおいしいと思える気持ち、おいしいものを食べたいという気持ち」を聞くことで、「興味や関心、楽しめる気持ち」を確かめることができる。				
産前産後ケア事業の適応 (2項目を満たさないと適応外)	体調不良により子どもの養育に支障がある。				
	日中家事又は育児を行う者が他にいない				

※備考

1. 必要がある場合は続紙に記載して添付すること
2. 本様式は、患者が現に子どもの養育に関わっている者である場合について用いること
3. 出産時の状況及び児の状況については、今回出産をした児のことに付いて記入すること
4. 本様式は、患者の居住区の福祉保健センターこども家庭（障害）支援課あて送付して下さい。