

令和 年 月 日議決・専決

令和 8年 4月 1日施行

令和 8年 3月 31日公布

令和 年 月 日適用

佐用町告示第 号

令和8年佐用町要綱第26号

佐用産後ケア事業実施要綱の全部を改正する要綱

佐用町産後ケア事業実施要綱の全部を改正する要綱をここに公布する。

令和 8年 3月 31日

佐用町長 江 見 秀 樹

佐用町産後ケア事業実施要綱の全部を改正する要綱

佐用町産後ケア事業実施要綱（平成30年佐用町要綱第29号）の全部を改正する。

（目的）

第1条 この要綱は、母親の身体的回復と心理的な安定を促進するとともに、母親自身がセルフケア能力を育み、母子の愛着形成を促し、母子とその家族が健やかな育児ができるよう支援することを目的として実施する佐用町産後ケア事業（以下「本事業」という。）について必要な事項を定めるものとする。

（実施主体）

第2条 本事業の実施主体は、佐用町とする。ただし、前条の目的を達成するために本事業の趣旨を理解し、適切な実施及び適切な事業運営が確保できると認められる事業者に委託することができるものとする。本事業の委託を受ける事業者（以下「事業者」という。）は、次の各号の要件を満たすものとする。

（1） 医療法（昭和23年法律第205号）に定める病院、診療所及び助産所（助産師出張業務届出者を含む。）であること。

（2） 本事業に関する知識及び技術を有していること。

（3） 助産師・保健師又は看護師（以下「助産師等」という。）のいずれかを常に1名以上（出産後4か月頃までの時期は、助産師を中心とした体制とすること。）配置し、主に母親への身体的ケア、適切な授乳が実施できるためのケア、心理的ケア、育児の手技についての具体的な指導及び相談等を行う実施体制が確保できること。（ただし、宿泊型は、1名以上の助産師等の看護職を24時間体制で配置すること。）

（4） 第4条に規定する事業内容を提供できること。

（5） 本事業を安全・快適に提供できること。

（6） 佐用町と適切な連携・調整を行うことができること。

（対象者）

第3条 本事業の利用対象者は、佐用町内に住所を有する産後1年以内（児の1歳の誕生日の前日まで）の母親及び乳児、流産・死産を経験して1年以内の者であって、次の各号のいずれかに該当する者とする。

（1） 産後ケアを必要とする者

（2） その他、町長が必要と認める者

2 次の各号のいずれかに該当する者は利用できないものとする。

（1） 母子のいずれかが感染性疾患（麻しん、風しん、インフルエンザ等）に罹患している者

（2） 母親に入院加療の必要がある者

（3） 心身の不調や疾患があり、医療的介入の必要がある母親（ただし、医師により本事業において対応が可能であると判断される場合にはこの限りではない。）

- (4) その他、本事業の利用が適当でないと認められる者
(事業内容)

第4条 本事業は、対象者に対し、次に掲げるサービス（以下「サービス」という。）を実施するものとする。

- (1) 宿泊型 対象者を宿泊させ、産後ケアを実施するとともに、母親の食事の提供、入浴機会の提供等を実施する。
(2) 通所型 対象者を日帰りで施設利用させ、産後ケアを実施するとともに、必要に応じて母親の食事の提供を実施する。
(3) 訪問型 対象者の家庭を訪問し、産後ケアを実施する。

2 前項の産後ケアは、次に掲げる内容とする。

- (1) 母親への保健指導（健康状態の観察、身体的ケア）、栄養指導（栄養相談）
(2) 母親の心理的ケア（EPDSを活用した相談支援等）
(3) 適切な授乳ができるためのケア（乳房ケア又は授乳支援等）
(4) 育児の手技についての具体的な指導及び相談（発育発達等のチェック、離乳食相談、育児相談、児の抱き方・おむつ交換・もく浴・寝かしつけ等の指導・相談）
(利用日数等)

第5条 利用対象者は、各号に掲げるサービスの種類に応じ、各号に定める日数又は時間のサービスを利用することができる。

- (1) 宿泊型は、通算7日以内（0時から24時までの利用を1日とする。）
(2) 通所型は、通算7日以内
(3) 訪問型は、通算7日以内

2 サービスの実施日及び実施時間は事業者が定めるものとする。

3 宿泊型と通所型、宿泊型と訪問型の同一日の利用は、同一日の利用の必要があり、かつ利用対象者が希望する場合のみ同一日に利用することができる。

(利用申請)

第6条 本事業を利用しようとする者（以下「申請者」という。）は、佐用町産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書（様式第1号-1又は様式第1号-2）を町長に提出しなければならない。この場合において、当該年度（4月又は5月に利用する場合は前年度）の住民税が非課税である世帯（以下「非課税世帯」という。）については、町長にそれを証する書類を提出しなければならない。ただし、町長が、当該書類により証明すべき事実を公簿等により確認することができるときは、当該書類の添付を省略することができる。

(利用承認及び通知)

第7条 町長は、前条の規定に基づく申請があったときは、その内容を審査の上、利用承認したときは、佐用町産後ケア事業利用券（様式第2号-1又は様式第2号-2）により、利用不承認の決定をしたときは、佐用町産後ケア事業利用不承認通知書（様式第3号）により、速やかに申請者に通知するものとする。

2 申請に基づき事業所の予約を町が行い利用承認した場合、佐用町産後ケア事業利用依頼書（様式第4号）に佐用町産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

(様式第1号-1又は様式第1号-2)の写しと佐用町産後ケア事業利用券(様式第2号-1又は様式第2号-2)の写しを添えて、速やかに事業者に依頼するものとする。当該事業者は、サービス開始前にサービスの利用を承認された利用者(以下「利用者」という。)に連絡し、その利用に係る説明等を行わなければならない。

- 3 利用日数や時間数のみを承認した場合、利用者は、利用券受理後、自ら事業者に予約を行わなければならない。利用者から予約を受けた事業者は、町に予約報告を行い、必要に応じて情報提供を依頼するものとする。情報提供依頼を受けた町は、佐用町産後ケア事業利用依頼書(様式第4号)に佐用町産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書(様式第1号-1又は様式第1号-2)の写しと佐用町産後ケア事業利用券(様式第2号-1又は様式第2号-2)の写しを添えて、速やかに事業者に提供する。

(利用承認内容の変更)

第8条 前条の規定により利用承認の決定を受けた利用者は、利用日時等に変更が生じた場合は、速やかに、事業者に連絡しなければならない。

- 2 変更連絡を受けた事業者は、速やかに町に連絡するものとする。ただし、町が予約を行い、日時及び事業者を決定した場合は、事業者が佐用町産後ケア利用変更連絡票(様式第5号)を町に送付するものとする。
- 3 利用者は、氏名及び住所等の変更があったときは、速やかに町に連絡するものとする。

(自己負担額)

第9条 利用者は、別表1-1、別表1-2、別表1-3に定める費用を負担しなければならない。ただし、生活保護世帯は全額を免除する。

- 2 自己負担額は、利用当日に事業者に対し、利用者が直接支払うものとする。
- 3 利用に際し発生する人件費、室料(特別室を除く。)、食費、光熱水費、寝具、消毒、訪問型の交通費は、次条に規定する委託料に含み、利用者からの追加徴収は行わないものとする。

(委託料)

第10条 本事業に係る委託料の額は、別表1-1、別表1-2、別表1-3により算出した額とする。

(実施報告及び委託料の請求)

第11条 事業者は、実施状況について、佐用町産後ケア事業利用報告書(様式第6号)を作成し、佐用町産後ケア事業請求書(様式第7号)とともに、事業を実施した当月分を翌月10日までに町長に請求するものとする。

(委託料の支払)

第12条 町長は、前条の規定に基づき費用の請求を受けたときは、その請求内容を審査し、支払要件を満たしているものについて、請求を受けた日から30日以内に支払うものとする。

(研修の実施)

第13条 事業者は、産後ケア事業に従事する職員に対し、必要な研修を実施又は受講させ、資質向上に努めるものとする。

(帳票類の整備等)

第14条 事業者は事業の適正な実施を確保するため、サービスに関する記録、その他必要と認める帳票類を整備しなければならない。

2 町長は、事業者に対し、帳票類等の提出又はサービス内容の確認等について、必要な調査を実施することができる。

(帳票類の保管及び廃棄)

第15条 事業者は、帳票類を5年間保存しなければならない。保存に際しては、所定の保管場所に収納し、滅失、毀損、盗難等の防止に十分留意するものとする。

2 事業者は、保存年限の過ぎた帳票類を廃棄する場合は、裁断又は溶解処理を確実に実施するものとする。

(事業内容の改善)

第16条 町長は、本事業の適正な実施を図り、良質なサービスが提供されるよう、事業者の業務内容を調査し、改善について必要な措置を講ずるものとする。

(個人情報の保護)

第17条 事業者は、本事業を実施するにあたっては、利用記録の漏えいを防止するとともに、実施担当者には守秘義務を課すなど、関係法令を遵守することに加え、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）に基づき、必要な個人情報保護対策を講じなければならない。

(安全管理体制)

第18条 事業者は、安全管理マニュアルを踏まえ、日頃から緊急時における対応について準備・対策を実施するものとする。

2 事業者は、賠償責任保険に加入するものとする。

(事故及び損害の責任)

第19条 事業者は、業務により生じた事故及び損害については、佐用町に故意又は重過失のない限り、事業者がその負担と責任において処理にあたるものとする。

2 事業者は、前項に規定する事故が発生したときは、直ちに町健康福祉課に連絡するとともに、母親等のみが事故にあった場合には、産後ケア事業事案等発生時報告様式（様式第8号）、事故に児が含まれている場合には、教育・保育施設等事故報告書（様式第9号）により町長へ報告しなければならない。

3 町長は、前項の規定において報告があった事故のうち、死亡事故、治療に要する期間が30日以上を負傷や疾病を伴う重篤な事故等の重大事案が発生したときは、直ちに兵庫県を通じて国へ報告しなければならない。

(その他)

第20条 この要綱に定めるもののほか、産後ケア事業の実施に必要な事項は町長が別に定める。

附 則

この要綱は、令和8年4月1日から施行する。

別表1-1（第9条、第10条関係）

宿泊型の費用（1日あたり）

契約単価			自己負担額	委託額
①基本額 31,000円 ②多胎加算 7,000円 ③要支援加算 7,000円	課税世帯	基本額	3,100円	27,900円
		多胎加算（※1）	700円	6,300円
		要支援加算（※2）	—	7,000円
	非課税世帯	基本額	0円	31,000円
		多胎加算（※1）	0円	7,000円
		要支援加算（※2）	—	7,000円

別表1-2（第9条、第10条関係）

通所型の費用（1時間あたり※3）

契約単価			自己負担額	委託額
①基本額 3,400円 ②多胎加算 1,000円 ③要支援加算 500円	課税世帯	基本額	340円	3,060円
		多胎加算（※1）	100円	900円
		要支援加算（※2）	—	500円
	非課税世帯	基本額	0円	3,400円
		多胎加算（※1）	0円	1,000円
		要支援加算（※2）	—	500円

別表1-3（第9条、第10条関係）

訪問型の費用（1時間あたり※3）

契約単価			自己負担額	委託額
①基本額 5,000円 ②多胎加算	課税世帯	基本額	500円	4,500円
		多胎加算（※1）	100円	900円

1,000円 ③要支援加算 1,000円		要支援加算（※ 2）	—	1,000円
	非課税世帯	基本額	0円	5,000円
		多胎加算（※ 1）	0円	1,000円
		要支援加算（※ 2）	—	1,000円

（※1）多胎児利用の2人目以降の児1人あたり

（※2）支援の必要性の高い者の受け入れ加算（町から依頼を受理し受け入れた場合）：町がリスクアセスメントシート等を活用し、支援の必要性が高い者（要対協、特定妊婦等）と判断した場合は、協力機関に支援依頼を行う。支援依頼のあった協力機関は、①アセスメント、②ケアプランの作成、③②に基づくケアの実施・評価、④町・関係機関との連携を行うものとする。

（※3）通所型、訪問型は、協力機関が設定した時間単位のケア提供とし、延長が必要な場合には、利用者に承諾を得た上で、1時間単位での実施とするものとする。

佐用町産後ケア事業 利用申請書兼情報提供同意書

佐用町長 様

年 月 日

次のとおり佐用町産後ケア事業の利用を申請します〔 新規 追加 〕

利用希望者(母親・乳児等)	氏名	生年月日	年 月 日 (歳)		
	住所	電話		電話	
	出産医療機関	出産日	年 月 日 (在胎 週)		
	よりがな氏名	(第 子)	性別	男・女	出生体重
	よりがな氏名	(第 子)	性別	男・女	出生体重
	よりがな氏名	(第 子)	性別	男・女	生年月日 (歳)
世帯構成	氏名	利用者(養育者)との	生年月日	年齢	職業
※上記以外の同居家族			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
世帯の区分	該当する世帯区分のいずれかに印をつけてください。 ※証明書の提出が必要な場合があります。 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他(課税世帯)				

(※1)ご希望に添えない場合もありますので、予めご了承下さい。

利用希望サービス	種別	申請内容	利用希望日(※1)	希望事業所名(※1)
	<input type="checkbox"/> 宿泊型	<input type="checkbox"/> 実施機関の予約依頼・申請	月 日 ~ 月 日 (泊 日)	第1希望 第2希望
		<input type="checkbox"/> 利用日数のみ申請	希望日数 日間	※利用券受領後、自ら予約をします。
	<input type="checkbox"/> 通所型	<input type="checkbox"/> 実施機関の予約依頼・申請	月 日 (時間) 月 日 (時間)	第1希望 第2希望
		<input type="checkbox"/> 利用時間数のみ申請	希望時間 時間	※利用券受領後、自ら予約をします。
	<input type="checkbox"/> 訪問型	<input type="checkbox"/> 実施機関の予約依頼・申請	月 日 (時間) 月 日 (時間)	第1希望 第2希望
<input type="checkbox"/> 利用時間数のみ申請		希望時間 時間	※利用券受領後、自ら予約をします。	
申請理由・利用目的	<input type="checkbox"/> 母の体調管理 <input type="checkbox"/> 栄養相談 <input type="checkbox"/> 心の休息 <input type="checkbox"/> 身体の休息 <input type="checkbox"/> 乳房ケア <input type="checkbox"/> 授乳相談 <input type="checkbox"/> 発達障害チェック相談 <input type="checkbox"/> 離乳食相談 <input type="checkbox"/> 育児相談 <input type="checkbox"/> 沐浴指導 <input type="checkbox"/> その他 ()			
同意書	① 本申請に関する内容を佐用町産後ケア事業実施事業者に提供すること及び利用者の健康状態等について事業者から佐用町に情報提供することに同意します。 ② 申請にあたり、住民基本台帳による世帯状況、世帯全員の住民税課税状況を調査することに同意します。 利用者氏名 _____			
留意事項	・利用日数(時間)のみ申請の場合は、利用券受領後、自ら予約を取る必要があります。 ・佐用町に実施機関への予約も含め依頼し申請する場合は、早めの申請をお願いします。			

【裏面の利用アンケートも記入ください】

佐用町産後ケア事業利用【事前】アンケート

産後ケア事業を利用するにあたっての参考にさせていただきます。下記についてお答えください

【ご自身について】

(1) 体調不良や不安はありますか □いいえ □はい → {	}
(2) 過去に大きな病気をされたこと(または、治療中の病気)はありますか □いいえ □はい → (いつ頃: 病名:)	}
(3) こころの不調で、カウンセリングや心療内科、精神クリニック等に相談したことがありますか □いいえ □過去に相談したことがある □現在、相談している (いつ頃から:) → (いつ頃:) (医療機関名:)	}
(4) 妊娠時の感染症の検査で陽性だったものはありますか □いいえ □はい (具体的に:)	}
(5) 食物等のアレルギーはありますか (具体的に:)	}
(6) 里帰りをしていますか 帰先: □実家 □義実家 □いいえ □はい → (里帰り予定期間: 月 日 ~ 月 日)	}
(7) 家事: 育児など周囲の援助はありますか □いいえ □どちらともいえない □ある (主な援助者:)	}
(8) ご自身のことで、相談したいことはありますか □いいえ □はい → {	}

【お子さんについて】

多胎児の場合は、それぞれで記入ください

	児氏名:	児氏名:
(1) 出生時の異常の有無	□なし □あり ↓ {	□なし □あり ↓ {
(2) お子さんの体調やお子さんのケアで配慮が必要なことはありますか	□いいえ □はい ↓ {	□いいえ □はい ↓ {
(3) 授乳・離乳食の状況	<input type="checkbox"/> 母乳 時間毎 回/日 <input type="checkbox"/> ミルク ml/回、回/日 <input type="checkbox"/> 離乳食 回/日 形状(初期・中期・後期) {すでに食べている食材} 食物アレルギーはありますか □いいえ □はい ↓ {具体的に}	<input type="checkbox"/> 母乳 時間毎 回/日 <input type="checkbox"/> ミルク ml/回、回/日 <input type="checkbox"/> 離乳食 回/日 形状(初期・中期・後期) {すでに食べている食材} 食物アレルギーはありますか □いいえ □はい ↓ {具体的に}
(4) 排便状況	便: 回/日 尿: 回/日	便: 回/日 尿: 回/日
(5) 育児について、不安に思っていることや困っていること相談したいことはありますか	□いいえ {具体的に □はい → }	□いいえ {具体的に □はい → }

ご協力ありがとうございます

様式第1号-2 (第6条、第7条関係)

佐用町産後ケア事業 利用申請書兼情報提供同意書

佐用町長 様

年 月 日

次のとおり佐用町産後ケア事業の利用を申請します〔 新規 追加 〕

利用希望者	ふりがな 氏名			生年月日	年 月 日 (歳)	
	住所	〒		電話		
	出産医療機関	※里帰り先住所: (緊急連絡先氏名)	申請者との関係	電話		
世帯構成	氏名	利用者(養育者)との	生年月日	年齢	職業	
			年 月 日			
			年 月 日			
	※上記以外の同居家族		年 月 日			
世帯の区分	該当する世帯区分のいずれかに☑をつけてください。 ※証明書の提出が必要な場合があります。 <input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> その他(課税世帯)					

(※1)ご希望に添えない場合もありますので、予めご了承下さい。

種別	申請内容	利用希望日(※1)	希望事業所名(※1)
利用希望サービス	<input type="checkbox"/> 宿泊型 □ 実施機関の予約依頼・申請	月 日 ~ 月 日 (泊 日)	第1希望 第2希望
		希望日数 日間 ※利用券受取後、自ら予約をします。	
	<input type="checkbox"/> 通所型 □ 実施機関の予約依頼・申請	月 日 (時間) 月 日 (時間)	第1希望 第2希望
		希望時間 時間 ※利用券受取後、自ら予約をします。	
	<input type="checkbox"/> 訪問型 □ 実施機関の予約依頼・申請	月 日 (時間) 月 日 (時間)	第1希望 第2希望
		希望時間 時間 ※利用券受取後、自ら予約をします。	
申請理由・利用目的	<input type="checkbox"/> 体調管理 <input type="checkbox"/> 栄養相談 <input type="checkbox"/> 心の休息 <input type="checkbox"/> 身体の休息 <input type="checkbox"/> 乳房ケア <input type="checkbox"/> その他 ()		
同意書	① 本申請に関する内容を佐用町産後ケア事業実施事業者に提供すること及び利用者の健康状態等について事業者から佐用町に情報提供することに同意します。 ② 申請にあたり、住民基本台帳による世帯状況、世帯全員の住民税課税状況を調査することに同意します。 利用者氏名 _____		
留意事項	・利用日数(時間)のみ申請の場合は、利用券受取後、自ら予約を取る必要があります。 ・佐用町に実施機関への予約も含め依頼し申請する場合は、早めの申請をお願いします。		

【裏面の利用アンケートも記入ください】

佐用町産後ケア事業利用【事前】アンケート

産後ケア事業を利用するにあたっての参考にさせていただきます。下記についてお答えください

【ご自身について】

(1) 体調不良や不安はありますか □ いいえ □ はい → ()
(2) 過去に大きな病気をされたこと(または、治療中の病気)はありますか □ いいえ □ はい → (いつ頃:) (病名:)
(3) こころの不調で、カウンセリングや心療内科、精神クリニック等に相談したことがありますか □ いいえ □ 過去に相談したことがある □ 現在、相談している (いつ頃から:) → (いつ頃:) (医療機関名:)
(4) 食物等のアレルギーはありますか (具体的に:)
(5) 相談したいことはありますか □ いいえ □ はい → ()

ご協力ありがとうございます

佐用町産後ケア事業 利用券

発行番号			発行日	年 月 日		
利用希望者(母親・乳児等)	よりがな氏名		生年月日	年 月 日 (歳)		
	住所	〒		電話		
	※里帰り先住所: (緊急連絡先氏名)		申請者との関係		電話	
	出産医療機関		出産日	年 月 日 <input type="checkbox"/> 帝王切開 (在胎 週)		
	よりがな氏名	(第 子)	性別	男・女	出生体重	g
多胎の場合 よりがな氏名	(第 子)	性別	男・女	出生体重	g	
兄弟利用の場合 よりがな氏名	(第 子)	性別	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)	

種別	承認内容	承認日・時	承認事業所名
承認サービス	<input type="checkbox"/> 実施機関の予約依頼者	月 日 ~ 月 日 (泊 日)	住所 電話番号
		利用上限 日間 ※利用券受取後、自ら要予約 利用期間:産後1年以内 年 月 日まで	
	<input type="checkbox"/> 実施機関の予約依頼者	月 日 (時間) 月 日 (時間)	住所 電話番号
		利用上限 時間 ※利用券受取後、自ら要予約 利用期間:産後1年以内 年 月 日まで	
<input type="checkbox"/> 実施機関の予約依頼者	月 日 (時間) 月 日 (時間)	住所 電話番号	
	利用上限 時間 ※利用券受取後、自ら要予約 利用期間:産後1年以内 ~ 年 月 日まで		
依頼内容	<input type="checkbox"/> 母の体調管理 <input type="checkbox"/> 母の栄養相談 <input type="checkbox"/> 心の休息 <input type="checkbox"/> 身体の休息 <input type="checkbox"/> 乳房ケア <input type="checkbox"/> 授乳相談 <input type="checkbox"/> 発達障害チェック・相談 <input type="checkbox"/> 離乳食相談 <input type="checkbox"/> 育児相談 <input type="checkbox"/> 沐浴指導 <input type="checkbox"/> その他 ()		

	宿泊型(1日あたり)	通所型(1時間あたり)	訪問型(1時間あたり)
自己負担額	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日あたりの負担額(①②) 計 円	1時間あたりの負担額(①②) 計 円	1時間あたりの負担額(①②) 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。事業者から請求がありますので直接お支払いください。 自己負担額は、利用当日に実施事業者へ直接お支払いください。			
区分	<input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 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。
- 問合せ先は、裏面に記載しています。
- アンケートは利用ごとに回答をお願いします。

産後ケア事業の利用券について

佐用町では、産後ケア事業の費用助成を行っています。
この利用券を、産後ケア事業協力機関に提示することで、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】	佐用町 課	
	住所: 〒	
	電話:	FAX:

【留意事項】

産後ケア事業協力機関の皆さまへ（集合契約参加機関）

- ① この利用券は、産後ケア事業協力機関のみの使用となります。請求額は利用券の記載の範囲となります。
- ② この利用券は、佐用町外へ転出された場合は使用できません。
- ③ オプションサービスを実施する場合は、利用者に説明を行い自己負担になる旨の了承を得たうえで提供し、実費の徴収をしてください。
- ④ キャンセル料を設定した場合、直接利用者に請求することになります。利用者へ事前の丁寧な説明をお願いします。（キャンセル発生時期、金額等）※予約時には必ず説明し、了承を得たうえで予約を受けてください。
- ⑤ 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」に記入をお願いします。また、母子健康手帳にも記入をお願いします。
- ⑥ 利用報告書に必要事項を記入の上、1か月分をまとめ、請求書を添えて、実施機関から直接〇〇市(町)〇〇課へ、翌月10日までに提出してください。
※市町独自の様式を使用する場合があります。各市町のホームページ等を確認ください。

利用者の皆さまへ

- ① 兵庫県内の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機関に提示ください。
- ② この利用券で受けられるサービスは、利用券のとおりです。負担額については、利用当日に実施機関へ直接お支払いください。
- ③ 実施機関では、様々な産後のケア(全額自己負担)を提供しています。実施機関に予約する際は、「市町が委託する産後ケア事業(助成あり)を利用したい」と伝えてください。(産後ケア事業対象外(全額自己負担)のサービスを提供しているところもありますので、確認のうえ、ご利用ください。)
- ④ この利用券に記載している実施内容(依頼内容)以外の利用や、オプションサービスを利用した場合は、利用者の実費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。
- ⑤ 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。予約時にはキャンセル料の発生時期やキャンセル料等、確認した上で予約をお願いします。キャンセル料は事業者から請求がありますので直接お支払いください。
- ⑥ 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。
- ⑦ 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、実費負担となります。
- ⑧ 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を記入してもらってください。
- ⑨ この利用券は、本人以外には使用できません。
- ⑩ この利用券は、佐用町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

種別	利用日時						事業所名	担当者 サイン
宿泊型	令和	年	月	日	～	月 日	日間	
	令和	年	月	日	～	月 日	日間	
	令和	年	月	日	～	月 日	日間	
通所型	令和	年	月	日	:	～	時間	
	令和	年	月	日	:	～	時間	
	令和	年	月	日	:	～	時間	
訪問型	令和	年	月	日	:	～	時間	
	令和	年	月	日	:	～	時間	
	令和	年	月	日	:	～	時間	

佐用町産後ケア事業 利用券

発行番号		発行日	年 月 日
利用希望者	ふりがな 氏名	生年月日	年 月 日 (歳)
	住所	〒 _____ 電話 _____ ※里帰り先住所: (緊急連絡先氏名) _____ 申請者との関係 _____ 電話 _____	
	出産医療機関	時期	年 月 日 (在胎 週)

種別	承認内容	承認日・時	承認事業所名
承認サービス	<input type="checkbox"/> 宿泊型	<input type="checkbox"/> 実施機関の予約依頼者	月 日 ~ 月 日 (泊 日) 住所 _____ 電話番号 _____
		<input type="checkbox"/> 利用日数のみ申請者	利用上限 _____ 日間 ※利用券受領後、自ら要予約 利用期間:産後1年以内 _____ 年 月 日まで
	<input type="checkbox"/> 通所型	<input type="checkbox"/> 実施機関の予約依頼者	月 日 (時間) 月 日 (時間) 住所 _____ 電話番号 _____
		<input type="checkbox"/> 利用時間数のみ申請者	利用上限 _____ 時間 ※利用券受領後、自ら要予約 利用期間:産後1年以内 _____ 年 月 日まで
	<input type="checkbox"/> 訪問型	<input type="checkbox"/> 実施機関の予約依頼者	月 日 (時間) 月 日 (時間) 住所 _____ 電話番号 _____
		<input type="checkbox"/> 利用時間数のみ申請者	利用上限 _____ 時間 ※利用券受領後、自ら要予約 利用期間:産後1年以内 _____ 年 月 日まで
依頼内容	<input type="checkbox"/> 体調管理 <input type="checkbox"/> 栄養相談 <input type="checkbox"/> 心の休息 <input type="checkbox"/> 身体の休息 <input type="checkbox"/> 乳房ケア <input type="checkbox"/> その他 (_____)		

	宿泊型(1日あたり)	通所型(1時間あたり)	訪問型(1時間あたり)
自己負担額	1日あたりの負担額(①②)	1時間あたりの負担額(①②)	1時間あたりの負担額(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。事業者から請求がありますので直接お支払ください。 自己負担額は、利用当日に実施事業者へ直接お支払ください。			
区分	<input type="checkbox"/> 住民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 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。
- 問合せ先は、裏面に記載しています。
- アンケートは利用ごとに回答をお願いします。

産後ケア事業の費用助成について

佐用町では、産後ケア事業の費用助成を行っています。
この利用券を、産後ケア実施機関に提出すると、産後ケアにおいて額面の助成が受けられます。

【問合せ先】	佐用町 課	
	住所: 〒	FAX:
	電話:	

【留意事項】

産後ケア事業協力機関の皆さまへ（兵庫県の集合契約参加機関）

- ① この利用券は、産後ケア事業協力機関のみの使用となります。請求額は利用券の記載の範囲となります。
- ② この利用券は、佐用町外へ転出された場合は使用できません。
- ③ オプションサービスを実施する場合は、利用者に説明を行い自己負担になる旨の了承を得たうえで提供し、実費の徴収をしてください。
- ④ キャンセル料を設定した場合、直接利用者に請求することになります。利用者へ事前の丁寧な説明をお願いします。（キャンセル発生時期、金額等）※予約時には必ず説明し、了承を得たうえで予約を受けてください。
- ⑤ 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」に記入をお願いします。
また、母子健康手帳にも記入をお願いします。
- ⑥ 利用報告書に必要事項を記入の上、1か月分をまとめ、請求書を添えて、実施機関から直接〇〇市(町) 〇〇課へ、翌月10日までに提出してください。
※各市町独自の様式を使用する場合があります。各市町のホームページ等を確認ください。

利用者の皆さまへ

- ① 兵庫県の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機関に提示ください。
- ② この利用券で受けられるサービスは、利用券のとおりです。負担額については、利用当日に実施機関へ直接お支払いください。
- ③ 実施機関では、様々な産後のケア(全額自己負担)を提供しています。実施機関に予約する際は、「市町が委託する産後ケア事業(助成あり)を利用したい」と伝えてください。(産後ケア事業対象外(全額自己負担)のサービスを提供しているところもありますので、確認のうえ、ご利用ください。)
- ④ この利用券に記載している実施内容(依頼内容)以外の利用や、オプションサービスを利用した場合は、利用者の実費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。
- ⑤ 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。予約時にはキャンセル料の発生時期やキャンセル料等、確認した上で予約をお願いします。キャンセル料は事業者から請求がありますので直接お支払いください。
- ⑥ 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。
- ⑦ 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、実費負担となります。
- ⑧ 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を記入してもらってください。
- ⑨ この利用券は、本人以外は使用できません。
- ⑩ この利用券は、佐用町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

種別	利用日時	事業所名	担当者サイン
宿泊型	令和 年 月 日 : ~ : 日間		
	令和 年 月 日 : ~ : 日間		
	令和 年 月 日 : ~ : 日間		
通所型	令和 年 月 日 : ~ : 時間		
	令和 年 月 日 : ~ : 時間		
	令和 年 月 日 : ~ : 時間		
訪問型	令和 年 月 日 : ~ : 時間		
	令和 年 月 日 : ~ : 時間		
	令和 年 月 日 : ~ : 時間		

第 号
年 月 日

_____ 様

佐用町長

佐用町産後ケア事業 利用不承認通知書

年 月 日付けで申請のありました佐用町産後ケア事業の利用については、次の理由により不承認とします。

申請者氏名		生年月日	年 月 日（ 歳）
住所	〒 _____ 電話 _____		
申請種別	<input type="checkbox"/> 宿泊型 <input type="checkbox"/> 通所型 <input type="checkbox"/> 訪問型		
不承認理由			

【同合せ先】

佐用町 _____ 課 〒 _____ 住所: _____ 電話: _____ FAX: _____

産後ケア事業実施事業者 御中

佐用町長

佐用町産後ケア事業 利用依頼書

下記の者に対し、産後ケア事業の利用を承認しましたので、利用を依頼します。

発行番号		発行日	年 月 日
申請者氏名		生年月日	年 月 日(歳)
住所	〒 電話		
利用者の状況	別添「産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書」の写しのとおり □様式1号-1 □様式1号-2		
利用日	別添「産後ケア事業利用券」の写しのと: □様式2号-1 □様式2号-2		
区分	□住民税非課税世帯 □その他(課税世帯)		

	宿泊型(1日あたり)	通所型(1時間あたり)	訪問型(1時間あたり)
契約額 (定額)	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
	③要支援加算 円	③要支援加算 円	③要支援加算 円
	1日あたりの契約額(①②) 計 円	1時間あたりの契約額(①②) 計 円	1時間あたりの契約額(①②) 計 円
自己負担額	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日あたりの負担額(①②) 計 円	1時間あたりの負担額(①②) 計 円	1時間あたりの負担額(①②) 計 円
	③要支援加算 円	③要支援加算 円	③要支援加算 円
委託料	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
	③要支援加算 円	③要支援加算 円	③要支援加算 円
	1日あたりの委託料(①②③) 計 円	1時間あたりの委託料(①②③) 計 円	1時間あたりの委託料(①②③) 計 円

【調査結果】 別添産後ケア事業申請書兼同意書の裏面のアンケートを参照

事業所への連絡事項

- 要支援加算該当者⇒(添付) { □妊娠・出産期のリスクアセスメン
□乳幼児期のリスクアセスメント
□その他()

担当者名	電話番号

様式第5号（第8条関係）

佐用町産後ケア事業 利用変更連絡票

佐用町 課 行

年 月 日

事業所名

担当者

連絡先(電話)

貴町を通じて予約を受けた産後ケア事業について、下記のとおり変更・中止の連絡がありましたので報告します。

発行番号		発行日	年 月 日
申請者氏名		生年月日	年 月 日(歳)
住所	〒 電話		
利用日	別添産後ケア事業利用券の写しのとおり <input type="checkbox"/> 様式2号-1 <input type="checkbox"/> 様式2号-2		

変更項目	<input type="checkbox"/> 宿泊型	<input type="checkbox"/> 通所型	<input type="checkbox"/> 訪問型
変更前 承認 利用 日	月 日～ 月 日 (泊 日)	月 日(時間) 月 日(時間)	月 日(時間) 月 日(時間)
変更後 <input type="checkbox"/> 利用 日の変 更	月 日～ 月 日 (泊 日)	月 日(時間) 月 日(時間)	月 日(時間) 月 日(時間)
<input type="checkbox"/> 中止	<input type="checkbox"/> 利用中止	<input type="checkbox"/> 利用中止	<input type="checkbox"/> 利用中止
変更理由			

※この連絡票は、佐用町が予約調整を行い、利用券に利用日・時・事業所が記載されている場合の変更に限る。

※利用上限の日数・時間数のみ利用券の場合は、佐用町への利用変更連絡票の提出は、ただし、変更があったことを佐用町へ連絡をする必要がある。

様式第6号 (第11条関係)

佐用町産後ケア事業 利用報告書

佐用町長 様

年 月 日
 事業所名 _____
 担当者 _____
 電話番号 _____

下記利用者に対し、産後ケア事業を実施したので、実施結果を報告します。

発行番号			
利用者氏名	生年月日	年 月 日	
児氏名	生年月日	年 月 日 (月齢 ヵ月)	
住所	電話		
種別	利用日・時間		
□ 宿泊型	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (泊 日)		
	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (泊 日)		
	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (泊 日)		
□ 通所型	令和 年 月 日 : ~ : (時間)		
	令和 年 月 日 : ~ : (時間)		
□ 訪問型	令和 年 月 日 : ~ : (時間)		
	令和 年 月 日 : ~ : (時間)		
要文被加算	□ 有 ⇒ 有の場合、裏面の記入をお願いします。(※町から依頼があった場合のみ加算)		
実施内容	①産婦への保健指導・栄養指導 <input type="checkbox"/> 体調管理 (内容:) <input type="checkbox"/> 栄養指導 (内容:)		
	②産婦への心理的ケア (内容:) ③適切な授乳ができるためのケア (乳房ケア含む) <input type="checkbox"/> 乳房ケア <input type="checkbox"/> 授乳相談 <input type="checkbox"/> その他 ()		
産婦の状況	体質 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (身体面)		精神面: _____
	睡眠 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良		EPG: 点 (時間) 日 両腕部、左場合部
児の状況	母乳の状態: _____ 育児の協力者 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 特記事項: _____ □ 別紙添付あり		
	体重 _____ g (1日体重増加 _____ g) 栄養 <input type="checkbox"/> 母乳 _____ 回/日 <input type="checkbox"/> 人工乳 _____ cc X _____ 回/日 発達状況: _____ 特記事項: _____ □ 別紙添付あり		
実施結果 (課題解決状況等)	産後ケア事業で継続支援の必要性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
佐用町への引継ぎ事項 <small>*フォローが必要な場合は、速やかに連絡ください</small>	□ フォロー不要 <input type="checkbox"/> 要フォロー ⇒ □ 連絡先 (/) 迅速な対応を依頼してください 【連絡方法 <input type="checkbox"/> 養育支援ネット <input type="checkbox"/> 電話 佐用町 既 電話番号: _____)		

要支援加算該当者の利用状況報告書

※要支援加算該当者については、利用1回ごとに住用町に利用状況の報告をお願いします

種別 利用日	<input type="checkbox"/> 宿泊型	令和 年 月 日～令和 年 月 日（ 泊 日）
	<input type="checkbox"/> 通所型	令和 年 月 日 : ~ : （ 時間）
	<input type="checkbox"/> 訪問型	令和 年 月 日 : ~ : （ 時間）
①アセスメント	<input type="checkbox"/> 別添のアセスメントシ～（ / ）のとおり	
②ケアプラン		
③実査・評価		
④市町への連絡	<input type="checkbox"/> 市町への連絡済（ / ）	

種別 利用日	<input type="checkbox"/> 宿泊型	令和 年 月 日～令和 年 月 日（ 泊 日）
	<input type="checkbox"/> 通所型	令和 年 月 日 : ~ : （ 時間）
	<input type="checkbox"/> 訪問型	令和 年 月 日 : ~ : （ 時間）
①アセスメント	<input type="checkbox"/> 別添のアセスメントシ～（ / ）のとおり	
②ケアプラン		
③実査・評価		
④市町への連絡	<input type="checkbox"/> 市町への連絡済（ / ）	

施設ケア事業 事業発生時報告様式

第 報

- 死亡事故 重傷不明事故（どんな状態にも戻さない状態に陥った場合）年月日 年 月 日
 治療に要する期間が3日以上以上の負傷や疾病を伴う重篤な事故
- ・*は調査がある場合に記入してください。
 ・水色のセルはプルダウンより選択してください。

施設情報	施設名	施設設置者 (法人・個人名・団体名等)	
	施設所在地	代表責任者	
	施設ケア事業管理者	利用者の氏名 (姓)	
	実施事業形態 [選択するものすべてに]	<input type="checkbox"/> 福祉（ショートステイ）型 <input type="checkbox"/> 通所（デイサービス）型 <input type="checkbox"/> 訪問（アウトリーチ）型	
* 直近の指導監査	年 月 日	緊急対応マニュアル等の有無	
	利用者居住市町村名	他県設置市町村名	
利用者情報	母の年齢	歳	子どもの月齢
	利用開始月日	月 日	利用予定期間
事業発生時の状況等	事業発生日時	年 月 日 時 分	受傷、発症または死亡した者
	事業発生時の経緯 ※別途添付書類での作成も可	(利用開始時からの健康状態、毎週程度の有無を含む事業発生時の状況、事業発生後の処置を含め、可能な限り詳細に記入。第1欄においては可能な範囲で記入し、第2欄以降で追加すること)	
	事業発生時の職員体	施設ケア事業従事職員数	うち助産師・看護師・士
	事業発生時該当者以外の利用者の人	産婦 名、 児 名、 その他() 名	
	施設で敷いた 再発防止策 ※別途添付書類での作成も可		
病状・死因等 (居住歴)	【診断名】	(病名の場合) 発症部位	
	【病状】 (発症の経過)		
	【既往歴】	事業の転帰	
特記事項			
市町村の対応等	事業発生日時	年 月 日 時	緊急対応マニュアル等の有無
	当該施設の事業継続状況	(休止の場合) 期間	
都道府県の対応等	敷いた再発防止策		
	都道府県としての対応		

市町村の対応等については、原則として任意書式で作成し、添付書と併せて提出をお願いします。
 ・ 報告は申請者から利用者が住む市町村（施設が設置されている市町村）に報告してください。緊急時が市町村と異なる場合は、当該市町村で協議・連携しながら対応してください。（任意連絡先：緊急連絡先は、報告書の提出に併せてください。）
 ・ 第1欄は事件（大略）内について報告してください。第1欄は原則事業発生当日（遅くとも事業発生翌日）、第2欄は原則1か月以内程度に行うとともに、状況の変化や必要に応じて追加報告してください。
 ・ 発症時の状況等については、箇所が記載できない部分については、市町村が追加記載を助けてください。
 ・ 発症箇所は適宜添付してください。
 ・ 直近の指導監査の状況等を添付してください。
 ・ 発症時の状況等（取組等を含む。）を添付してください。なお、ベッド・ベッド等の器具により事故が発生した場合には、当該器具のメーカー名、製造者、型式、製造年についても記載してください。

市町村担当者

所属・役職

連絡先
(電話)

(E-mail)

教育・保育施設等事故報告書

ver.5
(表面)

基本情報								
事故報告回数				施設・事業所名称				
事故報告年月日				施設・事業所所在地				
事故報告自治体 <small>(報道府県・市町村)</small>				施設・事業所代表者等				
施設・事業所種別				施設・事業所設置者等 <small>(社名・法人名・自治体名等)</small>				
認可・認可外の区分				施設・事業開始年月日 <small>(開設、認可、事業開始等)</small>				
事故に遭ったこどもの情報								
こどもの年齢(月齢) <small>(幼稚園児は年齢、小学生は学年を記載)</small>				こどもの性別				
施設入所年月日 <small>(入所年月日、事業開始開始年月日)</small>				所属クラス等 <small>(幼稚園児は学年を記載)</small>				
特記事項	<small>(施設と関係者が関係する病児、アレルギー、既往症、薬剤・アレルギー等)</small>							
事故発生時の状況								
事故発生年月日				事故発生時間帯				
事故発生場所				事故発生クラス等				
事故発生時のこどもの人数				事故発生時の 教育・保育等従事者数				
事故発生時のこどもの 人数の内訳	0歳	1歳	2歳	3歳	4歳	5歳以上	学童	その他
事故発生時の状況								
事故の誘因								
事故の転帰								
(死亡の場合) 死因								
(負傷の場合) 受傷部位								
(負傷の場合) 負傷状況								
診断名、病状、病院名	診断名							
	病状							
	病院名							
事故の発生状況 <small>(当日発症からの経過状況、発生時の経過を言及可能な限り詳細に記述。第1報で可能な範囲で記載し、第2報以降で修正。)</small>								
事故発生後の対応 <small>(救急搬送を行う(行った)場合にはその予定(実施)。第2報以降で追加。)</small>								

※ 第1報は、本報告書(表紙)を記載して報告してください。
 ※ 第1報は、原則事故発生年月日(遅くとも事故発生翌日)、第2報は原則1か月以内の範囲に報告してください。
 ※ 第2報は、管内内容について関係者の了解を得た後に、各自自治体へ報告してください。
(自治体間連携、場合によっては、有償で一時的に在管内町へ異動して異動先へ報告を行います。)
 ※ 直達の情報伝達状況報告及び発生時の状況図(写真等を含む)を添付してください。
 ※ 原因不明事故に該当しないものの、原因不明に陥った後に死亡事故や重大な事故となった場合は、原因不明時の状況も記載してください。
 ※ 「(負傷の場合)負傷状況」欄における「骨折(骨格な損傷が認められるもの)」については、医師の所見等により、骨折に準ずる重大な障害(負傷部、重しい挫傷障害、重しい転倒等)が認められる場合に選択してください。
 ※ 庄検ケア事業については、「事故発生時の状況」に傷の年齢、親子両者の有無を記載すること。また、転倒等のみに事故が認められた場合は、「庄検ケア事業事故発生時報告様式」(「庄検ケア事業における重大事故発生時の報告様式等について(改訂)」(令和7年3月21日付、子ども家庭庁次長官厚子貴也様事務連絡)別添3)で報告してください。
 ※ 記録簿は適宜添付して報告してください。

(様式) 教育・保育施設等事故報告書 ver.5 (裏面)

ソフト面			
事故防止マニュアル		具体的内容	
事故防止に関する研修		実施頻度 (回/年)	具体的内容
職員配置		具体的内容	
その他の要因・分析・特記事項			
改善策【必須】			

ハード面			
施設の安全点検		実施頻度 (回/年)	具体的内容
遊具の安全点検		実施頻度 (回/年)	具体的内容
玩具の安全点検		実施頻度 (回/年)	具体的内容
その他の要因・分析・特記事項			
改善策【必須】			

環境面	
教育・保育等の状況	具体的内容
その他の要因・分析・特記事項	
改善策【必須】	

人的面	
対象児の動き	具体的内容
担当職員の動き	具体的内容
他の職員の動き	具体的内容
その他の要因・分析・特記事項	
改善策【必須】	

自治体コメント【必須】
(自治体による事故発生時の原因分析等を記載してください。施設・事業者は記載しなくても構いません。)

【施設・事業所別の報告先】	
① 特定教育・保育施設(幼稚園、幼稚園認定こども園を除く。)、特定地域型保育事業、一時預かり事業(幼稚園、幼稚園認定こども園で実施する場合は除く。)、病児保育事業(幼稚園、幼稚園認定こども園で実施する場合は除く。)、及び認可外保育施設(企業主導型保育施設を含む。)	④ 放課後児童健全育成事業(放課後児童クラブ) → 子ども家庭庁 児童局 児童育成課 児童育成課 (ae11@kankyo.go.jp)
→ 子ども家庭庁 児童局 児童育成課 児童育成課 (n1@kankyo.go.jp)	⑤ 子育て加算支援事業(ショートステイ、トワイライトステイ)、子育て復帰支援事業及び児童育成支援拠点事業 → 子ども家庭庁 児童局 児童育成課 支援課 (ae11@kankyo.go.jp)
② 幼稚園、幼稚園認定こども園 → 大塚科学館総合研究所 大塚科学館 幼児教育課・安全課 安全課 幼児教育課 安全課 (safety@met.go.jp)	⑥ 子育て支援推進支援事業(ファミリー・サポート・センター事業) → 子ども家庭庁 児童局 児童育成課 子育て支援課 (n11@kankyo.go.jp)
③ 特別支援学校総務課 → 大塚科学館総合研究所 大塚科学館 幼児教育課・安全課 安全課 幼児教育課 安全課 (safety@met.go.jp)	⑦ 乳児発達支援事業(こども館でも実施可能) → 子ども家庭庁 児童局 保育局 地域支援課 (hokume@skou.nagasaki.go.jp)
→ 大塚科学館 幼児教育課 特別支援課 (toku-e@doumet.go.jp)	⑧ 産後ケア事業 → 子ども家庭庁 児童局 母子保健課 母子保健課 (both@hokou.nagasaki.go.jp)
→ 児童虐待調査安全室 (1_ayud@aya.ancorhoa.go.jp)	

【全施設・事業所共通の報告先】

※ 【施設・事業所別の報告先】及び【全施設・事業所共通の報告先】ともに報告をお願いします。
 ※ 原因の記載事項は、大半部分を公表する予定であるため、個人情報(対象児氏名、施設名称等)は記載しないでください。