

産後ケア事業のご案内

春日井市では、産後に母親の心身のケアや育児のサポートを行い、安心して子育てができるよう、医療機関や助産所で産後ケア事業を実施しています。

対象者

- 次の全てに該当する人
- 春日井市内に住所がある人
 - 出産後1年未満の母親と乳児
 - 母親の心身のケアや育児のサポート等を必要とする人
- ※次のいずれかに該当する場合を除く。
- (1) 母子のいずれかが感染症疾患に罹患している。
 - (2) 母親に入院加療の必要がある。
 - (3) 母親に心身の不調や疾患があり、医療的介入の必要がある。



サービスと 料金

- ① ショートステイ（宿泊型） 1日につき3,000円（食事を含む。）
- ② デイサービス（通所型） 1日につき2,000円（食事を含む。）
- ③ アウトリーチ（訪問型） 1回につき1,000円

※ショートステイは、午前10時から翌日午後4時までを1泊2日とします。
 1泊2日の場合、利用日数は2日となり、利用料金は6,000円となります。
 デイサービスは、概ね午前10時から午後4時までの利用を1日とします。
 アウトリーチは、午前9時から午後5時までのうち、3時間程度を1回とします。

利用日数等

ショートステイ、デイサービス及びアウトリーチを合わせて7日の利用を限度とします。
 （アウトリーチの利用は1日1回までです。）

利用施設

- 春日井市が委託するサービス提供事業者（医療機関及び助産所）
- 市ホームページの施設一覧で確認してください。

利用の流れ

1 利用申請

・母子健康手帳の交付後からサービスの利用を希望する日の7日前までに、こども家庭支援課(春日井市役所2階)に申請を行ってください。(電子申請可)

必要書類 ・春日井市産後ケア事業利用登録申請書（第1号様式）

2 利用決定の通知

・申請内容を市で審査します。承認した場合、春日井市産後ケア事業利用登録承認通知書（第2号様式）を郵送します。

3 サービスの利用

・サービス提供事業者(医療機関及び助産所)に直接連絡し、申込後、サービスの利用を開始してください。料金は事業者を支払います。

必要書類

承認通知書	春日井市から郵送された「春日井市産後ケア事業利用登録承認通知書（第2号様式）」の裏面サービス種別欄に事業者から利用日と事業者名を記入してもらってください。
料金	①ショートステイ（宿泊型）1日につき3,000円 ②デイサービス（通所型）1日につき2,000円 ③アウトリーチ（訪問型）1回につき1,000円
その他	母子健康手帳

問い合わせ先

春日井市こども家庭支援課（こども家庭センター）
 春日井市鳥居松町5丁目44番地(春日井市役所2階)
 電話:0568-85-6170

春日井市ホームページ

春日井市 産後ケア事業



申請書の記載方法

春日井市産後ケア事業利用登録申請書（第1号様式）は市ホームページからダウンロードできます。また、市ホームページからの電子申請も可能です。

＜記載例＞

第1号様式（第7条関係）

春日井市産後ケア事業利用登録申請書

令和●●年●●月●●日

（宛先）春日井市長

申請にあたって、春日井市産後ケア事業実施要綱を遵守し、利用登録を申請します。

申請者（利用者）	（ふりがな）氏名	（かすがいはなこ）春日井 花子	生年月日（年齢）	平成○年△月□日（○歳）
	住所	〒春日井市○○町△丁目○●●		
	緊急連絡先	氏名 春日井 太郎	申請者との続柄	夫
		住所 同上	電話 090-●●●●-□□□□	
乳児氏名	（ふりがな）	（かすがい さくら）春日井 さくら	生年月日（出産予定日）	令和●●年●●月●●日（年 月 日）
	（ふりがな）		生年月日（出産予定日）	年 月 日（年 月 日）
	（ふりがな）		生年月日（出産予定日）	年 月 日（年 月 日）
出産（予定）施設 ○○病院		在胎週数	40 週	出生体重 ●● g
母子以外の家族構成	氏名	ふりがな	続柄	生年月日
	春日井 太郎	かすがい たろう	夫	平成○年△月□日
				年 月 日
				年 月 日
利用申請理由	<input type="checkbox"/> お母さんの体調に不安がある。 <input checked="" type="checkbox"/> 育児について不安がある。 <input checked="" type="checkbox"/> 家事や育児などを手伝ってくれる人がいない。 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
利用できるサービス	ショートステイ	利用可能日（回）数	合わせて7日まで（アウトリーチは1日1回まで）	
	デイサービス アウトリーチ			
利用予定施設	（ ○○病院 ） ・ 未 定			
世帯の区分	<input checked="" type="checkbox"/> 市民税課税世帯 <input type="checkbox"/> 生活保護世帯又は市民税非課税世帯			

①春日井市産後ケア事業利用登録申請書及びサービス利用に必要な情報を事業者に情報提供することに同意します。また、利用者の健康状態について、事業者から春日井市に情報提供することに同意します。
②利用料に係る世帯区分を確認するために、春日井市が審査に必要な範囲で住民基本台帳及び課税台帳等関係公開を閲覧することに同意します。

令和●●年●●月●●日 申請者氏名 春日井 花子

窓口に来られる日または電子申請される日を記入してください。

日中、つながりやすい電話番号を記入してください。

妊娠中に申請する場合は、（出産予定日）を記入してください。

該当するものすべてにレ点を付けてください。

利用料（料金）を決定するために必要です。必ず、どちらかにレ点を付けてください。

内容を確認のうえ申請者が署名してください。

Q&A

Q. 対象となるサービスはどのようなものですか？

助産師や看護師等の専門スタッフから、母親のからだところのケア（母親の身体的ケアや産後の生活のアドバイス、乳房のケアやトラブルについての相談、授乳方法の指導）、育児のサポート（沐浴や乳児のスキンケアなどの育児手技の指導及び相談）を受けることができます。

Q. どの医療機関や助産所で産後ケアを受けられますか？

市が委託している市内・市外の医療機関と助産所が対象となります。ただし、施設によって実施しているサービスや受け入れられるお子様の月齢が異なります。市ホームページの一覧をご確認ください。

Q. 生活保護を受けている場合の料金はようになりますか？

生活保護を受けている方や市民税非課税世帯の方の自己負担はありません。

Q. ショートステイで個室を希望していますが、追加で料金が必要ですか？

個室の追加料金はありません。ただし、個室が用意できない場合があります。

Q. 食事は何食つきますか？

ショートステイは1泊2日で4食（1日目の昼食と夕食、2日目の朝食と昼食）、その後1泊ごとに3食追加となります。デイサービスは1食となります。

