

令和7年10月10日

1か月に6人以上利用者いた場合は、利用者氏名欄の行を増やすのではなく、新たな様式をご準備いただき追記してください。

|         |                                                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---------|---------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 委託事業者名  | 病院、クリニックはそれぞれの医療機関番号、助産所は子育て支援課が附番した番号(契約書送付文に記載されています) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| 医療機関番号等 | 2                                                       | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

名古屋市産後ケア事業月別利用報告書 (2025年10月分)

下記のとおり、名古屋市産後ケア事業利用状況を報告します。

記

|          | 利用日数<br>(延べ日数を記載) |     |     | 多胎児加算<br>(延べ日数) | サービスの内容<br>(該当するものに☑) |                 |                                    |          |                  | 継続支援が必要な者<br>(該当する場合は☑) |
|----------|-------------------|-----|-----|-----------------|-----------------------|-----------------|------------------------------------|----------|------------------|-------------------------|
|          | 宿泊型               | 通所型 | 訪問型 |                 | 指導<br>母乳の<br>健康<br>管理 | 乳房<br>ケア<br>や授乳 | ケア、乳児の<br>体重・排泄<br>などの<br>育児<br>方法 | 育児<br>相談 | その他必要とする<br>保健指導 |                         |
| 利用者氏名    |                   |     |     |                 |                       |                 |                                    |          |                  |                         |
| 名古屋 花子   | 5                 |     |     |                 | ☑                     | ☑               | ☑                                  | ☑        | ☑                | ☐                       |
| 栄 瑞穂     |                   | 1   |     | 1               | ☐                     | ☑               | ☐                                  | ☐        | ☑                | ☐                       |
| 金山 みどり   | 3                 |     | 1   |                 | ☑                     | ☑               | ☑                                  | ☑        | ☑                | ☑                       |
|          |                   |     |     |                 | ☐                     | ☐               | ☐                                  | ☐        | ☐                | ☐                       |
|          |                   |     |     |                 | ☐                     | ☐               | ☐                                  | ☐        | ☐                | ☐                       |
| 計 (延べ日数) | 8                 | 1   | 1   | 1               |                       |                 |                                    |          |                  |                         |

\*継続支援が必要な場合は、第23号様式を産婦の居住区の保健センターへ送付して下さい。