契約書様式第５号

閉庁期間中の産後ケア事業申請に係るチェックリスト

分娩取扱い医療機関　→　24 時間 365 日相談受入体制整備加算算定施設　→　区役所･総合支所

仙台市産後ケア事業の利用を希望される方は、「本人確認欄」の該当する項目にチェックをつけてください。（利用のためには、下記の項目すべてにチェックがついていることが必要です。）

＜分娩取扱い医療機関の方へ＞

「本人確認欄」の全ての項目がチェック･記入されていることを確認してください。

このチェックリストは、利用希望者にお渡しいただき、産後ケア事業を行っている施設に提出するようにご説明ください。

＜24 時間 365 日相談受入体制整備加算算定施設へ＞

利用希望者が各項目に該当しているか確認をお願いいたします。また、このチェックリストは、申請用紙と一緒に区役所・総合支所にご提出ください。

本人確認欄	24 時間 365 日相談受入体制整備加算算定施設確認欄
□ **産後ケア事業利用時に産婦の住民票が仙台市にあります。** **利用時に産婦の住民票が仙台市にないことが判明した場合は、その施設で定める費用を全額負担することに同意します。**	□ 左記について、産婦本人から運転免許証や健康保険証等で住所の確認を行いました。 また、利用時に産婦の住民票が仙台市にない場合には、施設の定める費用を全額を支払うようになることを利用希望者に説明し了承をもらいました。
□ 仙台市が世帯員の市民税情報について調査・閲覧することに同意します。	□ 仙台市で調査を行った結果、世帯員の課税状況が確認できない場合には、仙台市から連絡が行くことを確認しました。
□ 産後ケア事業宿泊型利用期間中における児の月齢は、生後 4 か月未満です。	□ 産後ケア事業宿泊型の利用期間内の児の月齢について、生後 4 か月未満であることを確認しました。
□ 産後に家族等から十分な家事や育児のサポートが得られにくい状態です。	□ 産後の家事や育児サポートの状況について確認を行いました。
□ 産後に､産婦に心身の不調や育児不安があります。	□ 産婦の心身の様子や育児不安等について、確認を行いました。
□ 母子ともに感染症が疑われる症状（咳や発熱、のどの痛み等）はありません。また、入院等の医療行為も必要ではありません。	□ 母子について､左記の症状等がないことを確認しました。
□ 上記すべてに該当することを確認し、分娩取扱い医療機関が、産後ケア事業を行っている施設に、必要な個人情報を提供することに同意します。 確認日　　年　　月　　日 利用希望者（産婦氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿ （代筆者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿（続柄　　）	□ 上記すべてについて利用希望者に確認を行いました。 確認日　　年　　月　　日 確認した施設名 ＿＿＿＿＿＿＿＿

分娩取扱い医療機関確認欄

□ 「本人確認欄」の全ての項目がチェック･記入されていることを確認しました。

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿