

	担当者	係 長	課 長
月 日			

同) 下記の子育て世帯訪問支援事業利用申請について、利用を（承認・不承認）決定し、通知してよろしいか。
なお、承認の場合、事業者と調整の上、事業者宛に決定通知を送付する。

第1号様式

令和 年 月 日

北九州市子育て世帯訪問支援事業利用申請書

北九州市長

私は、次のとおり北九州市子育て世帯訪問支援事業の利用を申請します。

申 請 者	住 所 TEL _____ FAX _____	〒 一 北九州市 区 (緊急連絡先)① TEL _____ (続柄 _____) (緊急連絡先)② TEL _____ (続柄 _____)				
		(ふりがな) 氏 名 (印 ※自署の場合は押印不要	生年月日	年 月 日生 ()歳		
世 帯 構 成	氏 名	続柄	生年月日	年齢	職業	備 考
世 帯 区 分		<input type="checkbox"/> 1. 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 2. 市県民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 3. 市県民税所得割課税額 77,101 円未満 <input type="checkbox"/> 4. 1~3以外				
添 付 書 類 (該当する人のみ)		<input type="checkbox"/> 生活保護証明書 <input type="checkbox"/> 市県民税非課税証明書 <input type="checkbox"/> 裏面同意書				
申 請 理 由						
希 望 内 容	①頻度 : 回／週・月 (その他:) ②曜日／時間帯 : 月(午前・午後)・火(午前・午後)・水(午前・午後)・木(午前・午後)・金(午前・午後) ③サービス内容 : [家事] <input type="checkbox"/> 食事の準備 <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"/> その他家事() [育児] <input type="checkbox"/> 授乳・食事の支援 <input type="checkbox"/> おむつ・衣類交換の支援 <input type="checkbox"/> 沐浴・入浴の支援 <input type="checkbox"/> 育児環境の整備 <input type="checkbox"/> その他育児() ④特記事項()					
派遣希望事業者名						

(裏面につづく)

第1号様式（裏面）

情報提供に関する同意書

北九州市長

当該事業利用申請書及びアセスメントシート（第1号様式及び第1号様式の2）の記載内容を北九州市子育て世帯訪問支援事業者に情報提供することに同意します。また、私（申請者）及びその子どもの状況等について、子育て世帯訪問支援事業者から区役所保健福祉課に情報提供することに同意します。

令和 年 月 日 申請者氏名 _____ 
※自署の場合は押印不要

課税状況の確認に関する調査同意書

北九州市長

当該事業利用申請に係る決定に必要のあるときは、北九州市が私（申請者）及び私と世帯を同一とする者の収入状況について、税務資料その他の公簿等により調査されることに同意します。

令和 年 月 日 申請者氏名 _____ 
※自署の場合は押印不要

世帯員氏名 _____ 
※自署の場合は押印不要

世帯員氏名 _____ 
※自署の場合は押印不要

世帯員氏名 _____ 
※自署の場合は押印不要

世帯員氏名 _____ 
※自署の場合は押印不要

税状況確認年月日	年 月 日	年 月 日
確認結果(税区分)	1・2・3・4	1・2・3・4

北九州市子育て世帯訪問支援アセスメントシート

《担当者》所属：

氏名：

《作成日》令和 年 月 日

申請者氏名	
相談年月日	
相談経路	
現在のパート (公的なもの 以外も含む)	<ul style="list-style-type: none"> ・ ・ ・
□□○	

支援の必要性と目標の確認

	項目	本人・家族の意向等	保健福祉課意見 (課題に対する目標と具体策)
子どもについて気になること	<input type="checkbox"/> 発育・発達状況 <input type="checkbox"/> 情緒面 <input type="checkbox"/> 自分との関係 <input type="checkbox"/> その他 [具体的に]		
自分のことについて気になること	<input type="checkbox"/> 自分の育ちや妊娠の経過 <input type="checkbox"/> 自分の健康状態 <input type="checkbox"/> 家のこと <input type="checkbox"/> 子どもに対する気持ち <input type="checkbox"/> 子どもの世話のこと <input type="checkbox"/> その他 [具体的に]		
養育環境について気になること	<input type="checkbox"/> 家族のこと <input type="checkbox"/> 室内環境 <input type="checkbox"/> その他 [具体的に]		
その他	[具体的に]		
※診断書等を踏まえた留意点			

第2号様式

北九州市子育て世帯訪問支援事業支援計画表

《担当者》所属:

氏名: _____

《作成日》令和 年 月 日

保護者氏名:	子どもの氏名: 子どもの年齢、学年:
--------	-----------------------

<支援計画>

訪問員の派遣内容等	目標とする生活	(保護者) (子ども)
	支援目標	
	援助内容	家事支援 <input type="checkbox"/> 食事の準備 <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"/> その他家事支援() 育児支援(対象:) <input type="checkbox"/> 授乳・食事の支援 <input type="checkbox"/> おむつ・衣類交換の支援 <input type="checkbox"/> 沐浴・入浴の支援 <input type="checkbox"/> 適切な育児環境の整備 <input type="checkbox"/> その他育児支援()
	派遣期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日(か月)
	派遣曜日／時間	曜日 時 分 ~ 時 分 曜日 時 分 ~ 時 分
	留意事項	
	評価時期	年 月
	備考	

上記の支援計画は、私の希望と相違ないことを確認しました。

令和 年 月 日 利用者氏名 _____ 

※自署の場合は押印不要

北九州市子育て世帯支援訪問事業支援評価表

利用者氏名 :

<評価に係る協議>

開催日時	令和 年 月 日 () (:) ~ (:)
出席者	区役所子ども・家庭相談コーナー： 区役所健康相談コーナー： その他：

<評価表>

《担当者》所属：

氏名：

《評価日》令和 年 月 日

子どもの状況		
養育者の状況		
養育環境		
総合的な評価		
今後の方針	□訪問員の派遣を 継続	□同目標で継続 (残り 回) □同目標で再度申請
		□目標変更し継続 □目標変更し再度申請
	【目標】	
□訪問員の派遣を 終了	今後の支援方法	

第3号様式

第 号

令和 年 月 日

(申請者)様

北九州市長

北九州市子育て世帯訪問支援事業利用承認通知書

申請のありました子育て世帯訪問支援事業の利用について、次のとおり承認します。

1 申請者

氏名 _____

住所 _____

電話番号 _____ 緊急連絡先 _____

2 子育て世帯訪問支援事業者名

名称 _____ 電話番号 _____

3 利用期間等

(1) 利用期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日

ただし、期間中 _____ 回の派遣を限度とする。

(2) 利用回数等 週 _____ 回 (____曜日)、1回当たり _____ 分
ただし、初回利用時のみ、支援計画の確認など打ち合わせ時間も含む。

4 サービス内容

※子育て世帯訪問支援事業のサービスは、申請者とお子様が一緒にいる場所（申請者の自宅）で行います。訪問支援員とお子様だけで行う留守番等のサービスはできません。

5 利用料

無・有 1回あたり _____ 円

※利用料は、1回利用するごとに訪問事業者へ直接お支払い願います。

6 費用

訪問支援員が、生活必需品の買い物、その他のサービスを行う際、移動のため交通機関を使用し、必要となった交通費は、申請者の実費負担となります。訪問支援員に直接お支払いください。

(必ず裏面をお読みください)

7 利用の確認

サービスの利用確認を行うため、利用の都度、訪問支援員が持参する「北九州市子育て世帯訪問支援事業利用確認書」に署名または押印をしてください。

8 訪問日程

- (1) 初回利用を希望する場合は、区役所保健福祉課に連絡し、日程調整を受けてください。なお、事業者の都合等により、希望に添えない場合があります。
- (2) 訪問日時の変更（中止）は、訪問予定日の前日（土日祝日・年末年始を除く）の17時までにお願いします。この日を過ぎての訪問日、訪問時間の変更（中止）は、やむを得ない理由を除きキャンセルとして取り扱います。キャンセルは派遣回数として計上されますので、ご注意下さい。

9 留意事項

- (1) この通知は、子育て世帯訪問支援事業のサービス開始時に、サービス内容等の確認のため必要になりますので、大切に保管してください。また、子育て世帯訪問支援事業者は、区役所から送付した「北九州市子育て世帯訪問支援事業利用決定通知書」を持っていて、サービス開始時にご確認ください。
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・変更することがありますので、ご了承ください。
- (2) 本事業は、申請者の負担軽減等を目的として実施していますので、申請者の状況について、訪問事業者に区役所保健福祉課から照会をすることがあります。

10 この通知の問い合わせ先

○○区役所子保健福祉課○○○○○コーナー 担当：
電話 093-○○○-○○○○ FAX 093-○○○-○○○○

第3号様式の2

第 号
令和 年 月 日

(申請者) 様

北九州市長

北九州市子育て世帯訪問支援事業利用不承認通知書

申請のありました子育て世帯訪問支援事業の利用について、次の理由により不承認とします。

【理由】

【この通知の問い合わせ先】

〇〇区役所保健福祉課〇〇〇〇〇コーナー

電話 093-〇〇〇-〇〇〇〇 FAX 093-〇〇〇-〇〇〇〇

第3号様式の3

第 号
令和 年 月 日

(事業者) 御中

北九州市長

北九州市子育て世帯訪問支援事業利用決定通知書

子育て世帯訪問支援事業の利用について、次のとおり決定します。

1 申請者

氏名 _____
住所 _____
電話番号 _____ 緊急連絡先 _____

2 利用期間等

(1) 利用期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日

ただし、期間中 回の派遣を限度とする。

(2) 利用回数等 週 回 (曜日)、1回当たり 分
ただし、初回利用時ののみ、支援計画の確認など打ち合わせ時間を含む。

3 サービス内容

※子育て世帯訪問支援事業のサービスは、申請者とお子様が一緒にいる場所（申請者の自宅）で行います。訪問支援員とお子様だけで行う留守番等のサービスはできません。

4 利用料

無・有 1回あたり 円

※利用料は、1回利用するごとに利用者から直接徴収し、領収書の発行をお願いします。

5 費用

訪問支援員が、生活必需品の買い物、その他のサービスを行う際、移動のため交通機関を使用し、必要となった交通費は、申請者の実費負担となります。申請者から直接受け取ってください。

(必ず裏面をお読みください。)

6 利用の確認

訪問支援員は、サービスの都度、「北九州市子育て世帯訪問支援事業利用確認書」に、申請者の署名または押印により、サービスの利用確認を受けてください。

7 利用日程

- (1) 初回利用について区役所保健福祉課から利用日程の連絡があった場合は、日程調整を行ってください。
- (2) 利用日時の変更（中止）は、利用予定日の前日（土日祝日・年末年始を除く）の17時までとします。この日を過ぎての利用日又は利用時間の変更（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。また、キャンセルの場合は、キャンセル料（1,300円／回）を委託料として市へ請求することができます。
※体調不良等のやむを得ない理由の場合は、キャンセル料の支払い対象ですが、サービス利用回数には計上しません。

8 留意事項

- (1) この通知は、申請者が子育て世帯訪問支援事業利用の確認、サービス内容等の確認のため必要になりますので、訪問の際は携帯してください。また、申請者は、区役所から送付した「北九州市子育て世帯訪問支援事業利用承認通知書」を持っていて、サービス開始時にご確認ください。
なお、天災などやむを得ない事情がある場合は、訪問事業者から派遣を中止・変更することができます。
- (2) 本事業は、申請者の負担軽減等を目的として実施していますので、申請者の体調について、訪問事業者に区役所保健福祉課から照会をすることがあります。

9 この通知の問い合わせ先

〇〇区役所保健福祉課〇〇〇〇〇コーナー
電話 093-〇〇〇-〇〇〇〇 FAX 093-〇〇〇-〇〇〇〇

	担当者	係 長	課 長
月 日			

同) 下記の者について、子育て世帯訪問支援事業の利用（変更・中止）を承認し、通知よろしいか。
併せて、事業者宛に決定通知を送付する。

第4号様式

北九州市子育て世帯訪問支援事業利用変更（中止）申請書

北九州市長

令和 年 月 日

申請者 住 所 _____
 氏 名 _____
 電話番号 _____

次のとおり、変更（中止）申請します。

利用者氏名			
		変更前	変更後
由事～止中～更変	<input type="checkbox"/> 事業者 <input type="checkbox"/> その他		
変更（中止）事由発生年月日		令和 年 月 日	

※該当する項目の□に、レ印を記入してください。

第4号様式の2

第 号
令和 年 月 日

北九州市子育て世帯訪問支援事業利用変更（中止）承認通知書

（申請者）様

北九州市長

子育て世帯訪問支援事業利用変更（中止）について、次のとおり決定します。

利用者氏名			
訪問事業者名	(電話番号)		
	変更前	変更後	
由事～止中～更変	<input type="checkbox"/> 事業者 <input type="checkbox"/> その他		
変更（中止）事由発生年月日		令和 年 月 日	

この通知の問い合わせは

〇〇区役所保健福祉課〇〇〇〇〇コーナー

電話 093-〇〇〇-〇〇〇〇

FAX 093-〇〇〇-〇〇〇〇

第4号様式の3

第 号
令和 年 月 日

北九州市子育て世帯訪問支援事業利用変更（中止）決定通知書

（事業者）御中

北九州市長

子育て世帯訪問支援事業利用変更（中止）について、次のとおり決定します。

利用者氏名									
住所		〒一 北九州市 区				電話 ()			
利用期間		令和 年 月 日から令和 年 月 日まで							
利用残回数									
		変 更 前			変 更 後				
由事～止中～変更									
		<input type="checkbox"/> 事業者 <input type="checkbox"/> その他							
変更（中止）事由発生年月日		令和 年 月 日							

この通知の問い合わせは

〇〇区役所保健福祉課〇〇〇〇〇〇コーナー

電話 093-〇〇〇-〇〇〇〇

FAX 093-〇〇〇-〇〇〇〇

北九州市子育て世帯訪問支援事業利用確認書

(年 月分)

事業者名 _____

利用者氏名		利用料	<input type="checkbox"/> 0円 <input type="checkbox"/> 500円
-------	--	-----	--

A 回数	B 利用日（曜日）	C 利用時間	D 利用者 確認欄 (サイン又は押印)	E 訪問支援員 確認欄 (サイン又は押印)	F キャンセル 日時	G キャンセル 方法	H キャンセル(※)
							利用回数 として計上
	日 ()	: { :			/: :	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 当日不在	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	日 ()				/: :	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 当日不在	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	日 ()				/: :	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 当日不在	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	日 ()				/: :	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 当日不在	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	日 ()				/: :	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 当日不在	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	日 ()				/: :	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 当日不在	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	日 ()				/: :	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 当日不在	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	日 ()				/: :	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 当日不在	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	日 ()				/: :	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 当日不在	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	日 ()				/: :	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 当日不在	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

※キャンセルについて

利用者の都合により使用日の変更又は派遣の中止をする場合で、利用予定日の前日（土日祝日・年末年始を除く）の17時以降に事業者に連絡した場合は、「キャンセル」扱いとなり、サービスを1回利用したものとみなします。体調不良等のやむを得ない理由の場合は、キャンセル料の支払い対象ですが、サービス利用回数には計上しません。

詳しくは、「北九州市子育て世帯訪問支援事業利用承認通知書（第3号様式）」（裏面）をご確認ください。

（事業者の方へ）この様式の記入方法は、裏面をご確認ください。

【記入方法等】

- 1 この様式は、利用者ごとに、月ごとに作成し、翌月 5 日までに、請求書と併せて、各区役所保健福祉課担当者に提出してください。
- 2 Aから E の各項目は、訪問の都度記入してください。
各項目の記入方法は次のとおりです。
 - A 回数
利用者が利用した通算の回数を記入してください。
例えば、先月 5 回利用した方の場合は、今月は、「6」から始まります。
 - B 利用日（曜日）
利用日と曜日を記入してください。
 - C 利用時間
支援の開始時刻と終了時刻を記入してください。
 - D 利用者確認欄・E 訪問事業者確認欄
AからCの内容を、利用者と訪問支援員の双方が確認し、各自、署名又は捺印してください。
 - F キャンセル日時
キャンセルの連絡があった日時を記入してください。
 - G キャンセル方法
利用者からのキャンセルの連絡方法について該当する内容にレ点をつけてください。
 - H キャンセル
利用日の変更又は派遣中止の連絡が、利用予定日の前日の 17 時以降に事業者にあった場合は、キャンセル扱いとなります。
キャンセルの理由が、事前に予測できない急な体調不調等のやむを得ないものの場合は、B、D、E 欄に記入し、F 欄の「□無」にレ点を付けてください。（A 欄は記載不要）
上記以外のキャンセルの場合は、A、B、D、E 欄に記入し、F 欄の「□有」にレ点をつけてください。
- 3 記入欄が不足する場合は、複数枚使用してください。

北九州市子育て世帯訪問支援事業利用結果報告書

(事業者名)

利用者氏名			利用料 <input type="checkbox"/> 0円 <input type="checkbox"/> 500円
回数	利用日	サービス内容	連絡事項（気になったこと等）
	日	[家事] <input type="checkbox"/> 食事の準備 <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"/> 買い物 [育児] <input type="checkbox"/> 授乳、食事の支援 <input type="checkbox"/> おむつ、衣類交換の支援 <input type="checkbox"/> 沐浴、入浴の支援 <input type="checkbox"/> 育児環境の整備 <input type="checkbox"/> その他 []	※区への連絡年月日 (H 年 月 日) ※区担当者 (_____ 区 _____)
	日	[家事] <input type="checkbox"/> 食事の準備 <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"/> 買い物 [育児] <input type="checkbox"/> 授乳、食事の支援 <input type="checkbox"/> おむつ、衣類交換の支援 <input type="checkbox"/> 沐浴、入浴の支援 <input type="checkbox"/> 育児環境の整備 <input type="checkbox"/> その他 []	※区への連絡年月日 (H 年 月 日) ※区担当者 (_____ 区 _____)
	日	[家事] <input type="checkbox"/> 食事の準備 <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"/> 買い物 [育児] <input type="checkbox"/> 授乳、食事の支援 <input type="checkbox"/> おむつ、衣類交換の支援 <input type="checkbox"/> 沐浴、入浴の支援 <input type="checkbox"/> 育児環境の整備 <input type="checkbox"/> その他 []	※区への連絡年月日 (H 年 月 日) ※区担当者 (_____ 区 _____)
	日	[家事] <input type="checkbox"/> 食事の準備 <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"/> 買い物 [育児] <input type="checkbox"/> 授乳、食事の支援 <input type="checkbox"/> おむつ、衣類交換の支援 <input type="checkbox"/> 沐浴、入浴の支援 <input type="checkbox"/> 育児環境の整備 <input type="checkbox"/> その他 []	※区への連絡年月日 (H 年 月 日) ※区担当者 (_____ 区 _____)
	日	[家事] <input type="checkbox"/> 食事の準備 <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"/> 買い物 [育児] <input type="checkbox"/> 授乳、食事の支援 <input type="checkbox"/> おむつ、衣類交換の支援 <input type="checkbox"/> 沐浴、入浴の支援 <input type="checkbox"/> 育児環境の整備 <input type="checkbox"/> その他 []	※区への連絡年月日 (H 年 月 日) ※区担当者 (_____ 区 _____)

【記入方法等】

- この様式は、利用者ごとに、月ごとに作成し、翌月5日までに、請求書と併せて、利用者のお住まいの区役所保健福祉課担当者に提出してください。
 - 支援内容の該当項目にレ点を付けてください。
 - 該当するものが無い場合は、「□その他」に具体的に記入してください。
 - 気になったことなどがあれば、連絡事項欄に記入してください。必要時、区役所保健福祉課担当者に速やかに連絡し、連絡日や報告した担当者名を記入してください。
- 記入欄が不足する場合は、行を追加するか、複数枚使用してください。

	担当者	係 長	課 長
月 日			

（同）下記の事業実施報告書等について、別添のとおり、利用内容を確認の上、子ども総合センターあて送付してよろしいか。

第6号様式

北九州市子育て世帯訪問支援事業実施報告書

区

年 月 分

事業者名

利用者氏名		利用料	訪問回数 (回)	キャンセル (回)	検討会議 出席 (回)
1		<input type="checkbox"/> 0円 <input type="checkbox"/> 500円			
2		<input type="checkbox"/> 0円 <input type="checkbox"/> 500円			
3		<input type="checkbox"/> 0円 <input type="checkbox"/> 500円			
4		<input type="checkbox"/> 0円 <input type="checkbox"/> 500円			
5		<input type="checkbox"/> 0円 <input type="checkbox"/> 500円			
6		<input type="checkbox"/> 0円 <input type="checkbox"/> 500円			
7		<input type="checkbox"/> 0円 <input type="checkbox"/> 500円			
8		<input type="checkbox"/> 0円 <input type="checkbox"/> 500円			
9		<input type="checkbox"/> 0円 <input type="checkbox"/> 500円			
10		<input type="checkbox"/> 0円 <input type="checkbox"/> 500円			
11		<input type="checkbox"/> 0円 <input type="checkbox"/> 500円			
12		<input type="checkbox"/> 0円 <input type="checkbox"/> 500円			
13		<input type="checkbox"/> 0円 <input type="checkbox"/> 500円			
14		<input type="checkbox"/> 0円 <input type="checkbox"/> 500円			
15		<input type="checkbox"/> 0円 <input type="checkbox"/> 500円			
16		<input type="checkbox"/> 0円 <input type="checkbox"/> 500円			
17		<input type="checkbox"/> 0円 <input type="checkbox"/> 500円			
18		<input type="checkbox"/> 0円 <input type="checkbox"/> 500円			
19		<input type="checkbox"/> 0円 <input type="checkbox"/> 500円			
20		<input type="checkbox"/> 0円 <input type="checkbox"/> 500円			
小 計					

	担当者	係 長	課 長
月 日			

（同）下記の事業実施報告書等について、別添のとおり、利用内容を確認の上、子ども総合センターあて送付してよろしいか。

※キャンセル欄には、第5様式F欄の合計回数を記載してください。

北九州市子育て世帯訪問支援事業委託料請求書

令和 年 月 日

北九州市長様

〇〇区

請求者（契約書と同様に願います。）

住所

団体・法人名

代表者名
(役職及び氏名)

印

次のとおり、 年 月分の子育て世帯訪問支援事業委託料を請求します。

請求金額 ￥

【内訳】

項目	サービス提供費用 (円)	利用料減免世帯 加算(円)	回数 (回)	金額 (円)
サービス提供 (利用料減免世帯)	5,000	500		
サービス提供 (上記以外の世帯)	5,000	—		
キャンセル料	1,300	—		
支援検討会議 への出席	6,000	—		
合計				

上記の履行を確認しました。 区保健福祉課長 (印)

振込先金融機関名	
口座種類・番号	
フリガナ 口座名義人	

第8号様式

北九州市子育て世帯訪問支援事業有資格者（変更）届出書

令和 年 月 日

北九州市長 様

住所

名称

代表者名

(役職及び氏名)

印

※代表者の自署の場合は押印不要

子育て世帯訪問支援事業

担当者 氏名

連絡先

子育て世帯訪問支援事業実施要綱第20条第1項に規定する有資格者を次のとおり届け出ます。

所属事業所及び部署	
有資格者名	
資格・免許の種類 (資格交付日及び番号等)	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師、准看護師 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> 幼稚園教諭 <input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他 ()
	資格・免許交付日 : 年 月 日
	資格・免許番号 :
	授与権者 :

- ※) 1 資格免許等の写しを必ず添付してください。
2 有資格者の変更があった場合は、新たに同書を作成し、変更箇所に赤下線を引いて提出してください。

第9号様式

複数枚使用する場合は、番号を記入してください。(No.)

)

北九州市子育て世帯訪問支援事業所届出書

令和 年 月 日

北九州市長 様

住所

名称

代表者名
(役職及び氏名)

印

※代表者の自署の場合は押印不要

子育て世帯訪問支援事業

担当者 氏名

連絡先

北九州市内事業所の所在地等とサービス提供地域を届け出ます。

事業所名称	所在地	区	TEL	FAX
	サービス提供地域	サービス提供地域を北九州市全域であれば、「北九州市全域」、それ以外の地域は、区ごとに記入してください。		
	所在地	区	TEL	FAX
	サービス提供地域			
	所在地	区	TEL	FAX
	サービス提供地域			
	所在地	区	TEL	FAX
	サービス提供地域			
	所在地	区	TEL	FAX
	サービス提供地域			

※書ききれない場合は、この用紙を複数枚使用し、右上に番号を記入してください。

北九州市子育て世帯訪問支援事業 措置決定通知書

様

年 月 日

北九州市長 武内 和久

児童福祉法第21条の18第2項の規定により下記の通り事業を提供しますので通知します。

児童	氏名	()		生年月日	令和・平成 年 月 日(歳)	
保護者	氏名	()		児童との 続柄		
	住所	〒				
	連絡先	電話番号		緊急連絡先		
提供事業名		子育て世帯訪問支援事業				
提供が必要な理由						
提供事業者の 名称及び所在地		事業者名			連絡先	
		所在地				
支援の内容	利用回数等	利用上限	回	週 回	曜日	1回当たり 分
	サービス 内容	※初回は支援 計画など、 打合せ含む				
上記支援を 提供する期間		年 月 日 から 年 月 日				
利用料		無料 ※訪問支援員が、生活必需品の買い物、その他のサービスを行う際、移動の貯めの交通機関を使用し、必要となった交通費は、 サービス提供対象者の実費負担となります。対象者から直接受け取ってください。				
備考						
<p>1 この決定に不服がある場合には、この決定があったことを知った日の翌日から起算して3月以内に、北九州市長に対して審査請求することができます。(なお、この決定があつたことを知った日の翌日から起算して3月以内であつても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。)</p> <p>2 この決定については、この決定があつたことを知った日の翌日から起算して6月以内に、北九州市を被告として(訴訟において北九州市を代表する者は北九州市長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます。(なお、この決定があつたことを知った日の翌日から起算して6月以内であつても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消の訴えを提起することができなくなります。)。ただし、上記1の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁判があつたことを知った日の翌日から起算して6月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。</p>						

北九州市子育て世帯訪問支援事業 措置決定通知書

様

年 月 日

北九州市長 武内 和久

次の児童及び保護者等に対して、児童福祉法第21条の18第2項の規定により下記の通り事業を提供しますので通知します。

児童	氏名	()		生年月日	令和・平成 年 月 日(歳)		
保護者	氏名	()		児童との 続柄			
	住所	〒					
	連絡先	電話番号		緊急連絡先			
提供事業名		子育て世帯訪問支援事業					
提供が必要な理由							
提供事業者の 名称及び所在地		事業者名			連絡先		
		所在地					
支援の内容	利用回数等	利用上限	回	週 回	曜日	1回当たり 分	※初回は支援 計画など、 打合せ含む
	サービス 内容	※子育て世帯訪問支援事業のサービスは、申請者とお子様が一緒にいる場所(サービス提供者の自宅)で行います。 訪問支援員とお子様だけで行う留守番等のサービスはできません。					
上記支援を 提供する期間		年 月 日 から 年 月 日					
利用料		無料 ※訪問支援員が、生活必需品の買い物、その他のサービスを行う際、移動の貯めの交通機関を使用し、必要となった交通費は、サービス提供対象者の実費負担となります。対象者から直接受け取ってください。					
備考 (利用の確認) 訪問支援員は、サービスの都度、「北九州市子育て世帯訪問支援事業利用確認書」に申請者の署名または押印により、サービスの利用確認を受けてください。 (利用のキャンセル) 利用日時の変更(中止)は、利用予定日の前営業日の17時までとします。この日を過ぎての変更(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。また、キャンセルの場合は、キャンセル料(1,300円/回)を委託料として市へ請求することができます。(体調不良等のやむを得ない理由の場合は、キャンセル料の支払い対象ですが、サービス利用回数には計上しません。) (留意事項) この通知は申請者が子育て世帯訪問支援事業利用の確認、サービス内容等の確認のため必要になりますので、訪問の際は携帯してください。 天災などやむを得ない事業がある場合は、訪問事業者から派遣を中止・変更することができます。 本事業は、申請者の負担軽減等を目的として実施していますので、申請者の体調について、訪問事業者に区役所保健福祉課から照会をすることがあります。							

北九州市子育て世帯訪問支援事業 措置解除知書

年 月 日
様

北九州市長 武内 和久

年 月 日付け北九 第 号により決定した児童福祉法第21条18第2項の規定による事業の提供について、解除することにしたので通知します。

児童	氏名	()	生年月日	令和・平成 年 月 日(歳)
保護者	氏名	()	児童との 続柄	
	住所	〒		
	連絡先	電話番号	緊急連絡先	
提供事業名	子育て世帯訪問支援事業			
提供事業者の 名称及び所在地	事業者名		連絡先	
	所在地			
解除年月日	年 月 日			
解除の理由				
備考				
1 この決定に不服がある場合には、この決定があつたことを知った日の翌日から起算して3月以内に、北九州市長に対して審査請求することができます。(なお、この決定があつたことを知った日の翌日から起算して3月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると審査請求をすることができなくなります。) 2 この決定については、この決定があつたことを知った日の翌日から起算して6月以内に、北九州市を被告として(訴訟において北九州市を代表する者は北九州市長となります。)、処分の取消しの訴えを提起することができます。(なお、この決定があつたことを知った日の翌日から起算して6月以内であっても、この決定の日の翌日から起算して1年を経過すると処分の取消の訴えを提起することができなくなります。)。ただし、上記1の審査請求をした場合には、当該審査請求に対する裁決があつたことを知った日の翌日から起算して6月以内に、処分の取消しの訴えを提起することができます。				

北九州市子育て世帯訪問支援事業 措置解除通知書

年 月 日
様

北九州市長 武内 和久

年 月 日付け北九 第 号により決定した児童福祉法第21条18第2項の規定による事業の提供について、解除することにしたので通知します。

児童	氏名	()		生年月日	令和・平成 年 月 日(歳)
保護者	氏名	()		児童との 続柄	
	住所	〒			
	連絡先	電話番号		緊急連絡先	
提供事業名		子育て世帯訪問支援事業			
提供事業者の 名称及び所在地	事業者名			連絡先	
	所在地				
解除年月日	年 月 日				
解除の理由					
備考					