

(目的)

第1条 この事業は、妊娠中又は出産後に体調不良等のために、家事や育児を行うことに支障がある妊産婦の属する世帯に、産前産後ヘルパーを派遣し、家事や育児の一部を援助することにより、妊産婦の心身の健康を維持するとともに、子育てを支援することを目的とする。

(事業対象者)

第2条 この事業の対象者は、岬町に住所を有し、住民基本台帳に登録されている者で次の各号のいずれかに該当する者のいる世帯とする。

- (1) 妊娠中又は出産後6か月未満にある妊産婦であつて、体調不良等により家事や育児を行うことに支障があり、かつ、日中援助者がいない者とする。ただし、産前の者にあつては、医師の所見等により安静を命ぜられている妊婦とする。
- (2) 多胎による妊娠中又は出産後1年以内にある者
- (3) その他、町長が特に必要と認める者

(派遣期間)

第3条 産前産後ヘルパー派遣期間は、産前から産後6か月未満の間で、支援が必要な期間とする。ただし、多胎出産については、産後1年未満とする。

(サービスの内容)

第4条 産前産後ヘルパーが行う家事及び育児のサービスは、次に掲げるもののうち、町長が必要と認める範囲とする。

- (1) 家事に関すること。
  - ア 食事の準備及び後片付け
  - イ 衣類の洗濯
  - ウ 住居等の掃除及び整理整頓
  - エ 生活必需品の買物
  - オ その他必要な家事援助
- (2) 育児に関すること。
  - ア 授乳介助
  - イ おむつ交換
  - ウ 沐浴介助
  - エ 育児環境の整備
  - オ その他必要な育児援助

(派遣の申請)

第5条 サービスを利用しようとする者(以下「申請者」という。)は、岬町産前産後ヘルパー派遣申請書(様式第1号)を町長に提出しなければならない。また、妊婦は、心身の不調等によりヘルパー派遣が必要であることを認める医師の意見書等を提出しなければならない。

(決定及び通知)

第6条 町長は、前条に規定する申請書の提出があつたときは、その内容を審査し、適当と認めるときは、岬町産前産後ヘルパー派遣決定通知書(様式第2号)により申請者に通知するものとする。

2 町長は、前項の規定による審査の結果、適当でないと認めるときは、岬町産前産後ヘルパー派遣申請却下通知書(様式第3号)により申請者に通知するものとする。

(変更の届出等)

第7条 申請者は、申請した内容に変更が生じたときは、岬町産前産後ヘルパー派遣変更(中止)届出書(様式第4号)を、町長に提出しなければならない。

(派遣の取消)

第8条 町長は、申請者が次のいずれかに該当する場合は、ヘルパー派遣を取消すものとする。

- (1) 第2条に規定する要件に該当しなくなったとき。
- (2) 申請内容に虚偽があったとき。
- (3) サービスを行うにあたり支障があると町長が認めたとき。

2 町長は、前項の規定によりヘルパー派遣の中止を決定したときは、岬町産前産後ヘルパー派遣変更(中止)通知書(様式第5号)を申請者に通知するものとする。

(利用回数及び利用時間)

第9条 ヘルパー派遣の決定を受けた者(以下「利用者」という。)がサービスを利用できる回数は、産前20回、産後20回を限度とする。ただし、多胎出産の場合は、産後40回を限度に利用できるものとする。

2 一日に利用できる回数は2回とし、1回の利用時間を2時間以内とする。また、2回を連続して4時間の利用ができるものとする。

(サービスの実施場所)

第10条 サービスを行う場所は、原則として町内の利用者の自宅とする。

(利用料)

第11条 利用者は、別紙1に定める基準に従って利用料を負担するものとし、直接、ヘルパー派遣事業者を支払うものとする。

2 利用者は、自己都合により派遣の取消を行った場合は、前項の基準に従ってキャンセル料を支払うものとする。

(利用料の免除)

第12条 前条に規定により、利用料を支払う場合において、当該利用者が次のいずれかに該当する世帯のときは、利用者の自己負担を免除するものとする。

- (1) 生活保護法(昭和25年法律第144号)による被保護世帯
- (2) 市町村民税非課税世帯

(事業の委託)

第13条 町長は、事業の目的を効果的に達成するため、適切な事業運営が確保できると認められる介護保険法(平成9年法律第123号)で規定する指定訪問介護事業所又は同等のサービスが提供できる事業者へ委託して行うものとする。

(委託料)

第14条 町長は、受託事業者に対しサービス提供に要する費用として、別紙2に定める委託料から別紙1に定める額を控除した額を支払う。

(産前産後ヘルパー派遣)

第15条 受託事業者は、次の各号に掲げる要件を備えている者を産前産後ヘルパーとして派遣するものとする。

- (1) 母子保健に理解と熱意のある者、子育てに関する事業に従事した経験のある者、保健師、看護師、助産師、看護師、准看護師、保育士、幼稚園教諭又は介護保険法に定める「介護福祉士その他政令で定める者」の資格を有する者であること。
- (2) 心身ともに健全であること。

(3) 家事又は育児に関する援助を適切に実行する能力を有すること。

(身分証明書の携行等)

第16条 産前産後ヘルパーは、サービスを行う際に、常に受託事業者が発行する身分証明書を携行し、利用者宅の訪問時に必ず掲示しなければならない。

2 産前産後ヘルパーは、サービスを行ったときは、その都度岬町産前産後ヘルパー派遣利用確認書(様式第6号)により、利用者からのサービスの履行確認を受けなければならない。

(個人情報の保護等)

第17条 受託事業者は、必要な個人情報保護対策を講じるとともに産前産後ヘルパーは、次に掲げる事項を遵守しなければならない。

(1) 対象者等の人格を尊重すること。

(2) 対象者等の安全及び衛生の保持に努めること。

(3) 職務上知り得た秘密を漏らしてはならないこと。

(報告及び費用の請求)

第18条 受託事業者は、産前産後ヘルパーの派遣状況を1月ごとに取りまとめ、岬町産前産後ヘルパー派遣実績報告書(様式第7号)に岬町産前産後ヘルパー派遣委託料請求書(様式第8号)を添えて、翌月10日までに町長に提出しなければならない。

(費用の支払い)

第19条 町長は、前条の規定に基づき請求があったときは、その請求内容を審査し、支払い要件を満たしていると認めるときは、受託事業者に委託料を支払うものとする。

(補則)

第20条 この要綱に定めるもののほか岬町産前産後ヘルパー派遣事業の実施に関し必要な事項は、町長が別に定める。

附 則

この要綱は、平成29年5月15日から施行する。

別紙1（第11条関係）

1. 岬町産前産後ヘルパー派遣事業実施要綱第11条に係る利用料の基準を次のように定める。

世帯種別	利用料（自己負担額）		
	1時間まで	1時間を超え 1時間30分 まで	1時間30分 を超え2時間 まで
町民税課税世帯	700円	1050円	1400円
町民税非課税世帯	0円	0円	0円
生活保護世帯	0円	0円	0円

2. 援助時間は、ヘルパーが援助活動に向かう移動時間は援助時間には含めない。
3. 援助開始から最初の1時間までは、それに満たない場合でも1時間とみなす。
4. 援助時間は、原則1時間単位とする。ただし、時間を延長したときは、30分以内のときは1時間の半額とし、30分を超え1時間未満のときは1時間あたりの負担額を、それぞれ加算するものとする。
5. 買物に要した費用については、実費金額を利用者が負担するものとする。
6. 利用者の都合により援助を取り消す（キャンセル）場合は、事業者（ヘルパー）に連絡を行うものとし、その場合の自己負担額は次のとおりとする。ただし、警報等の発令により派遣中止となったときは、キャンセル料は発生しないものとする。
7. 前日の17時以降に事業者連絡した場合は、「キャンセル」扱いとなり、1回利用したものとする。

前日17時までのキャンセル	無料
前日17時以降～当日のキャンセル	700円
無断キャンセル (援助活動開始時刻までに連絡がない場合)	利用予定時間の負担額

別紙2（第14条関係）

岬町産前産後ヘルパー派遣事業実施要綱第14条に係る委託料の基準を次のように定める。

派遣時間	費用
1時間まで	1,800円
1時間を超え1時間30分まで	2,700円
1時間30分を超え2時間まで	3,600円

様式第1号（第5条関係）

### 岬町産前産後ヘルパー派遣申請書

年 月 日

岬町長 様

申請者 住 所  
氏 名

印

岬町産前産後ヘルパー派遣サービスを利用したいので、下記のとおり申請します。

フリガナ		生年 月日	年 月 日 ( 歳)	
利用者名				
住所	岬町	連絡先	<input type="checkbox"/> 自宅 - - <input type="checkbox"/> 携帯 - -	
出産日 (予定日)	年 月 日 <input type="checkbox"/> 多胎 ( ) 人	確認書類	<input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> 診断書 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
派遣を受けようとする理由	<input type="checkbox"/> 妊娠中で心身に不調があるため、家事や育児に支障があり、日中、援助者がいません。 <input type="checkbox"/> 出産後6ヶ月未満で、日中、家事や育児を行なう者が他にいません。 <input type="checkbox"/> 多胎児出産後1年未満で、日中、家事や育児を行なう者が他にいません。			
派遣開始希望日及び期間	<input type="checkbox"/> 産前 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 産後 年 月 日 ~ 年 月 日			
希望するサービス	<input type="checkbox"/> 家事援助 ( ) <input type="checkbox"/> 育児援助 ( )			
世帯構成	氏名	続柄	生年月日	勤務先・学校等
			年 月 日	

ヘルパー派遣にあたり町が世帯の町民税課税状況を確認すること、及び必要な情報を派遣事業者に連絡することに同意します。

氏名

印

#### 【岬町記入欄】

世帯の区分	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 町民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> その他課税世帯
-------	---------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------

様式第2号（第6条関係）

岬町産前産後ヘルパー派遣決定通知書

第 号  
年 月 日

申請者 住所  
氏名 様

岬町長 印

年 月 日付けで申請のありました岬町産前産後ヘルパー派遣事業について次のとおり派遣することを決定しましたので、通知します。

1 利用者氏名

2 ヘルパー派遣事業者

名称 電話番号

3 利用期間等

(1) 派遣（予定）期間 年 月 日から 年 月 日まで  
(2) 派遣回数 産前 回、産後 回を限度とする。

4 サービスの内容 家事支援 育児支援

5 利用者負担金（1時間当たり） 円

\* 1 回利用するごとに、派遣事業者に直接お支払い願います。  
生活必需品の買い物等を行なう際の交通費、買い物代金等は、実費負担となります。

【留意事項】

派遣を希望する場合は、事業者ご連絡し日程調整を行なってください。

利用者の都合により、日程変更やキャンセルする場合には、前日の17時までに事業者にご連絡をお願いします。以降の連絡はキャンセル料が発生するとともに1回の派遣回数となりますのでご注意ください。

キャンセル料	前日の17時までに連絡	無料
	前日の17時以降のキャンセル	700円
	連絡なしのキャンセル	1400円～

悪天候・警報発令等、やむを得ない場合には、事業者からヘルパー派遣を中止することができます。この場合、キャンセル料は発生しません。

様式第3号（第6条関係）

岬町産前産後ヘルパー派遣申請却下通知書

第 号  
年 月 日

申請者 住所  
氏名 様

岬町長 印

年 月 日付けで申請がありました岬町産前産後ヘルパー等派遣について、下記の理由で却下となりましたので通知します。

記

却下の理由

様式第4号（第7条関係）

岬町産前産後ヘルパー派遣変更（中止）届出書

年 月 日

岬町長 様

届出者

住所

氏名

印

年 月 日付けで決定した岬町産前産後ヘルパー派遣について、下記のとおり（変更・中止）したいので、届出ます。

記

1 利用者氏名

2 変更（中止）理由

変更前

変更後

3 変更（中止）事項発生年月日

年

月

日



様式第5号（第8条関係）

岬町産前産後ヘルパー等派遣変更（中止）通知書

第 年 月 日  
号

申請者 住所  
氏名 様

岬町長 印

年 月 日付けで届出のあった岬町産前産後ヘルパー派遣変更（中止）届出について、次のとおり決定しましたので通知します。

記

1 利用者氏名

2 変更（中止）理由

変更前

変更後

3 変更（中止）事項発生年月日 年 月 日

様式第6号（第16条関係）

岬町産前産後ヘルパー派遣利用確認書

事業者名称		利用年月	年 月
利用者氏名		利用料 (世帯区分)	<input type="checkbox"/> 0円 <input type="checkbox"/> 700円/H

A	B	C	C	D	E	F
回数	利用日	利用時間	援助内容	キャンセル 有無・費用	利用者 確認欄	ヘルパー 確認欄
	月 日	: ~ : 時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円		
	月 日	: ~ : 時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円		
	月 日	: ~ : 時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円		
	月 日	: ~ : 時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円		
	月 日	: ~ : 時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円		
	月 日	: ~ : 時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円		
	月 日	: ~ : 時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円		
	月 日	: ~ : 時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円		
	月 日	: ~ : 時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円		
	月 日	: ~ : 時間	<input type="checkbox"/> 家事支援 <input type="checkbox"/> 育児支援	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 円		

\*キャンセルについて

利用者の都合により派遣を中止する場合で、前日の17時以降に連絡をした場合には、キャンセル扱いとなり、1回のサービス利用とみなされます。

**【記入方法】**

- 1 この様式は、利用者ごと、月ごとに作成し、翌月の 10 日までに請求書とあわせて岬町保健センターに提出してください。
- 2 各項目は、訪問の都度記入してください。
  - 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。
  - B 利用日
  - 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 キャンセル
  - ① 利用者都合による中止の連絡が、利用予定日前日の 17 時以降にあった場合、A 欄及び B 欄に記入し、C 欄は記入せずに、D 欄の「□有」及び該当するキャンセル料にレ点をつけてください。
  - ② 予定どおり利用した場合は、「□無」にレ点を付けてください。
- E 利用者確認欄 F ヘルパー確認欄
- A から D の内容を利用者とヘルパーの双方が確認し、各々、署名又は捺印してください。
- 3 記入欄が不足する場合は、複数枚使用してください。

様式第7号（第18条関係）

岬町産前産後ヘルパー派遣事業実績報告書

年 月 日

岬町長 様

事業者  
所在地  
名称  
代表者

印

産前産後ヘルパーの派遣について次のとおり報告します。

年 月分

利用者氏名	世帯区分1	世帯区分2	キャンセル回数	備考

世帯区分1（市町村民税非課税世帯・生活保護世帯）

世帯区分2（市町村民税課税世帯）

【記入方法等】

この様式は、月ごとに作成し、翌月10日までに、請求書とあわせて岬町保健センターに提出してください。

様式第8号（第18条関係）

岬町産前産後ヘルパー派遣事業委託料請求書

年 月 日

岬町長 様

事業者

所在地

名称

代表者

㊟

産前産後ヘルパーの派遣について次のとおり請求します。

年 月分

請求額 ￥

【内訳】

	単価	回数	計
非課税世帯・生活保護世帯	1時間 1,800円		
	1.5時間 2,700円		
	～2時間 3,600円		
町民税課税世帯	1時間 1,100円		
	1.5時間 1,650円		
	～2時間 2,200円		
合 計			

振込先金融機関（初回登録時又は変更時に記入してください。）

	銀行 信用金庫		支店
口座種類 普通 ・ 当座	口座番号 NO.		
フリカナ 口座名義人			