

利用日数等上限管理票は単胎・多胎妊娠の方で違いはありません。（表面は登録証）

利用日数等上限管理票

※ 利用の際に必ず持参・提示してください。
※ 以下は、医療機関、助産所、助産院等の事業者が記入してください。

【利用当日の流れ】

☐ 「登録証」と「母子健康手帳」の両方を提示・確認します

☐ お体の状態や育児状況等を確認し、必要なケアを実施します

☐ ケアの実施時間は、おおむね以下のとおりです
訪問型：90分間/回、宿泊型：1泊2日～、日帰り型：6～7時間/回

☐ ケア実施後、自己負担額を直接支払います

| 訪問型 | | (利用回数の上限) |
|-----|-------|-----------|
| | | 7回 |
| | 利用日 | 事業者名 |
| 1 | 年 月 日 | |
| 2 | 年 月 日 | |
| 3 | 年 月 日 | |
| 4 | 年 月 日 | |
| 5 | 年 月 日 | |
| 6 | 年 月 日 | |
| 7 | 年 月 日 | |

| 宿泊型 | | (利用回数の上限) |
|-----|-------|-----------|
| | | 7日 |
| | 利用日 | 事業者名 |
| 1 | 年 月 日 | |
| 2 | 年 月 日 | |
| 3 | 年 月 日 | |
| 4 | 年 月 日 | |
| 5 | 年 月 日 | |
| 6 | 年 月 日 | |
| 7 | 年 月 日 | |

↓

「多胎妊娠用」は、全面にのり付けせず（ベタ貼り不可）、上部のみ、のり付けしてください。

利用日数等上限管理票

※ 利用の際に必ず持参・提示してください。
※ 以下は、医療機関、助産所、助産院等の事業者が記入してください。

【利用当日の流れ】

☐ 「登録証」と「母子健康手帳」の両方を提示・確認します

☐ お体の状態や育児状況等を確認し、必要なケアを実施します

☐ ケアの実施時間は、おおむね以下のとおりです
訪問型：90分間/回、宿泊型：1泊2日～、日帰り型：6～7時間/回

☐ ケア実施後、自己負担額を直接支払います

| 訪問型 | | (利用回数の上限) |
|-----|-------|-----------|
| | | 7回 |
| | 利用日 | 事業者名 |
| 1 | 年 月 日 | |
| 2 | 年 月 日 | |
| 3 | 年 月 日 | |
| 4 | 年 月 日 | |
| 5 | 年 月 日 | |
| 6 | 年 月 日 | |

のり付け

様式第7号

利用日数等上限管理票(多胎妊娠用)

※ 8回(日)以上利用する際に必ず持参・提示してください。
※ 下記は、医療機関、助産所の事業者が記入してください。

| 宿泊型 | | (利用回数の上限) |
|-----|-------|-----------|
| | | 10日 |
| | 利用日 | 事業者名 |
| 1 | 年 月 日 | |
| 2 | 年 月 日 | |
| 3 | 年 月 日 | |

| 日帰り型 | | (利用日数の上限) |
|------|-------|-----------|
| | | 10回 |
| | 利用日 | 事業者名 |
| 1 | 年 月 日 | |
| 2 | 年 月 日 | |
| 3 | 年 月 日 | |

| 訪問型 | | (利用回数の上限) |
|-----|-------|-----------|
| | | 10回 |
| | 利用日 | 事業者名 |
| 1 | 年 月 日 | |
| 2 | 年 月 日 | |
| 3 | 年 月 日 | |