# 千葉市産後ケア事業チェックリスト（事業者向け）

登録番号　：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

利用者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

## 1　予約時

☐ 利用者の登録番号を確認した

☐ 利用者が千葉市産後ケア事業の利用登録者であることを確認した

☐ 登録証に記載された自己負担額を確認した

☐ 利用者へ自己負担額が発生することを説明した

☐ キャンセル料の取扱いについて説明した

☐ 利用するサービス種別（宿泊型・日帰り型・訪問型）を確認した

**☐登録証裏面の「利用日数等上限管理票」を確認し、残りの利用可能回数・日数を利用者と確認した**

☐ 利用日が有効期限内であることを確認した

## 2　利用時

☐ 登録証の提示を受けた

【利用日数等上限管理票について】

☐ 登録証裏面の「利用日数等上限管理票」を確認した

**☐ 利用終了後、その場で「利用日数等上限管理票」へ記載した**

※利用上限回数の超過防止のため、利用終了後は必ずその場でご記載ください。

☐ 利用日数等上限管理票への記載内容（サービス種別、利用回数・日数等）に誤りがないことを確認した

☐ 母子健康手帳P16「産後ケアを利用したときの記録」を可能な範囲で記載した

☐ 児の体重測定を行った場合は、母子健康手帳の「次の健康診査までの記録」等へ記載した

## 3　利用後

☐ 実施報告書の利用日に誤りがないことを確認した

☐ 実施報告書の利用時間に誤りがないことを確認した

☐ 利用報告書及び実施報告書のサービス種別に誤りがないことを確認した

☐ 多胎の有無、多胎加算の対象有無を確認した

☐ 自己負担額に誤りがないことを確認した

☐ 委託料請求額に誤りがないことを確認した

☐ 利用報告書と実施報告書の内容が一致していることを確認した（登録番号、利用者氏名、利用日、利用時間等）

☐ 利用報告書の自己負担額及び委託料と請求書の金額が一致していることを確認した

※本チェックリストは、事業所内での確認用として作成したものです。千葉市への提出は不要です。既に使用しているチェックリスト等がある場合は、そちらをご利用いただいて差し支えありません。また、事業所の運用に合わせて適宜修正の上、ご活用ください。