

相談記録票

別紙1

【作成年月日】

所長	課長	課長補佐	係長	係	相談員	担当

受理年月日			ケース 番号			担当者			相談歴	
経路			種別				処理			
受付形態										
本人	フリガナ 氏 名 (通称)			性別		生年月日			年齢 (受付時)	
	職業						電話番号			
	現住所									
	本籍地									
家族 状 況	続 柄	氏 名 年齢 (受付時)	生 年 月 日		職 業 (就業時間) 学校、学年		備 考 (福祉サービス利用状況・居住等)			
主訴										
生活状況										
家族歴										

[illegible]

母子生活支援施設入所調査書

調査	調査員
令和 . .	

申請者	氏名							
	住所				居住時期 (. .)			
	本籍							

入所を希望する母子生活支援施設								
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--

世帯構成員	氏 名	性別	続柄	生 年 月 日	年齢	学 歴	職 業	勤務先、通学先

入所を希望する理由								
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--

母子家庭の起因と時期								
------------	--	--	--	--	--	--	--	--

配偶者の 状 況	☐ いない	☐ いる	[正式離婚 (昭和・平成 年 月 日) 行方不明 () [同居 別居 ()
18歳以上の 子ども状況	☐ いない ☐ いる		
生 活 歴			
扶養義務者の状況			
課 税 状 況	氏 名	所 得 税 ()年 分	市 県 民 税 ()年度
調 査 意 見			

母子生活支援施設入所決定通知書

尼北福相第 号
令和 年 月 日

様

尼崎市北部保健福祉センター所長 印

児童福祉法第23条の規定により、次のとおり母子生活支援施設への入所を決定したので通知します。

保護者	氏名	生年月日
	職業	
	住所	
	電話 (自宅)	(携帯)
児 童	氏名	生年月日
	氏名	生年月日
	氏名	生年月日
	氏名	生年月日
	氏名	生年月日
母子生活 支援施設		
自己負担 金	円 (階層)	
入所日		
入所理由		

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3月以内に、尼崎市長に対し審査請求をすることができます。
また、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6ヶ月以内に、尼崎市を被告として、この決定の取消しの訴えを提起することができます。

母子生活支援施設入所決定通知書

尼北福相第 号ー2
令和 年 月 日

長 様

尼崎市北部保健福祉センター所長 印

児童福祉法第23条の規定により、次のとおり母子生活支援施設への入所を決定したので通知します。

保護者	氏名	生年月日
	職業	
	住所	
	電話 (自宅)	(携帯)
児 童	氏名	生年月日
	氏名	生年月日
	氏名	生年月日
	氏名	生年月日
	氏名	生年月日
母子生活 支援施設		
自己負担 金	円 (階層)	
入所日		
入所理由		

母子生活支援施設入所不承諾通知書

尼北福相第 号
令和 年 月 日

様

尼崎市北部保健福祉センター所長 印

申請のあった母子生活支援施設への入所について、次の理由により入所できませんので通知します。

保護者	氏名	生年月日
	職業	
	住所	
	電話 (自宅) (携帯)	
児 童	氏名	生年月日
	氏名	生年月日
	氏名	生年月日
	氏名	生年月日
	氏名	生年月日
理 由		

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3月以内に、尼崎市長に対し審査請求をすることができます。
また、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6ヶ月以内に、尼崎市を被告として、この決定の取消しの訴えを提起することができます。

母子生活支援施設入所解除通知書

尼北福相第 号
令和 年 月 日

様

尼崎市北部保健福祉センター所長 印

児童福祉法第23条の規定により、次のとおり母子生活支援施設への入所を解除したので通知します。

保護者	氏名	生年月日
	職業	
	住所	
	電話 (自宅)	(携帯)
児 童	氏名	生年月日
	氏名	生年月日
	氏名	生年月日
	氏名	生年月日
	氏名	生年月日
母子生活支援施設		
自己負担金	円 (階層)	
入所日		
解除日		
解除理由		

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3月以内に、尼崎市長に対し審査請求をすることができます。
また、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6ヶ月以内に、尼崎市を被告として、この決定の取消しの訴えを提起することができます。

母子生活支援施設入所解除通知書

尼北福相第 号ー2
令和 年 月 日

長 様

尼崎市北部保健福祉センター所長 印

児童福祉法第23条の規定により、次のとおり母子生活支援施設への入所を解除したので通知します。

保護者	氏名	生年月日
	職業	
	住所	
	電話 (自宅)	(携帯)
児 童	氏名	生年月日
	氏名	生年月日
	氏名	生年月日
	氏名	生年月日
	氏名	生年月日
母子生活支援施設		
自己負担金	円 (階層)	
入所日		
解除日		
解除理由		

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3月以内に、尼崎市長に対し審査請求をすることができます。
また、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6ヶ月以内に、尼崎市を被告として、この決定の取消しの訴えを提起することができます。

母子生活支援施設入所更新通知書

尼北福相第 号
令和 年 月 日

様

尼崎市北部保健福祉センター所長 園

児童福祉法第23条の規定により、次のとおり母子生活支援施設への入所更新を決定したので通知します。

保護者	氏名	生年月日
	職業	
	住所 電話 (自宅) (携帯)	
児 童	氏名	生年月日
	氏名	生年月日
	氏名	生年月日
	氏名	生年月日
	氏名	生年月日
母子生活 支援施設		
自己負担 金	円 (階層)	
入所日		
更新日		
適用期間	令和 年 7 月 1 日 ~ 令和 年 6 月 30 日	

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3月以内に、尼崎市長に対し審査請求をすることができます。
また、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6ヶ月以内に、尼崎市を被告として、この決定の取消しの訴えを提起することができます。

母子生活支援施設入所更新通知書

尼北福相第 号ー2
令和 年 月 日

長 様

尼崎市北部保健福祉センター所長 園

児童福祉法第23条の規定により、次のとおり母子生活支援施設への入所更新を決定したので通知します。

保護者	氏名	生年月日
	職業	
	住所 電話 (自宅) (携帯)	
児 童	氏名	生年月日
	氏名	生年月日
	氏名	生年月日
	氏名	生年月日
	氏名	生年月日
母子生活 支援施設		
自己負担 金	円 (階層) 0	
入所日	0	
更新日	0	
適用期間	令和 年 7 月 1 日 ~ 令和 年 6 月 30 日	

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3月以内に、尼崎市長に対し審査請求をすることができます。
また、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6ヶ月以内に、尼崎市を被告として、この決定の取消しの訴えを提起することができます。

(様式第2号)

(措置番号)

助産施設入所決定通知書

尼北福相 第 号 の 2
令和 年 月 日

様

尼崎市北部保健福祉センター所長 印

児童福祉法第22条の規定により、次のとおり助産施設への入所を決定したので通知します。

妊産婦	氏名		生年月日 年 月 日		
	年齢 才		職業		
	住所				
	電話 (自宅)		(携帯)		
	居住した時期 年 月 から				
世帯主	氏名		妊産婦との続柄		
入所予定日 (出産予定日)	平成 年 月 日				
助産施設					
自己負担金	円 (階層)				
健康保険		保険者		記号	
				番号	
	()		負担割合	割	
入所理由					

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3月以内に、尼崎市長に対し審査請求をすることができます。
また、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6ヶ月以内に、尼崎市を被告として、この決定の取消しの訴えを提起することができます。

助産施設入所決定通知書

尼北福相 第
令和 年 月 日

号

長 様

尼崎市北部保健福祉センター所長

児童福祉法第 22 条の規定により、次のとおり助産施設への入所を決定したので通知します。

妊産婦	氏名		生年月日		年	月	日			
	年齢		才	職業						
	住所									
	電話 (自宅)		(携帯)							
	居住した時期						年	月	から	
世帯主	氏名		妊産婦との続柄							
入所予定日 (出産予定日)	平成							年	月	日
助産施設										
自己負担金	円 (階層)									
健康保険		保 険 者					記号			
							番号			
			()				負担割合	割		
入所理由										

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して 3 月以内に、尼崎市長に対し審査請求をすることができます。

また、この通知書を受け取った日の翌日から起算して 6 ヶ月以内に、尼崎市を被告として、この決定の取消しの訴えを提起することができます。

助産施設入所不承諾通知書

尼北福相 第 号
令和 年 月 日

様

尼崎市北部保健福祉センター所長印

申請のあった助産施設への入所について、次の理由により入所できませんので通知します。

妊産婦	氏名	生年月日 年 月 日
	年齢 才	職業
	住所	
	電話 (自宅) (携帯)	
	居住した時期 年 月 から	
世帯主	氏名	妊産婦との続柄
入所予定日 (出産予定日)	平成 年 月 日	
理 由		

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3月以内に、尼崎市長に対し審査請求をすることができます。
また、この通知書を受け取った日の翌日から起算して6ヶ月以内に、尼崎市を被告として、この決定の取消しの訴えを提起することができます。

助産施設入所解除通知書

尼北福相 第 号 の 4
令和 年 月 日

様

尼崎市北部保健福祉センター所長

児童福祉法第 22 条の規定による助産施設への入所を、次のとおり解除したので通知します。

妊産婦	氏名	生年月日	年	月	日		
	年齢	才	職業				
	住所						
	電話	(自宅)	(携帯)				
	居住した時期					年	月
世帯主	氏名	妊産婦との続柄					
助産施設							
自己負担金	円 (階層)						
入所日 (入院日)	平成	年	月	日			
出産日	平成	年	月	日			
解除日 (退院日)	平成	年	月	日			
新生児	性別						
	体重					g	

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して 3 月以内に、尼崎市長に対し審査請求をすることができます。
また、この通知書を受け取った日の翌日から起算して 6 ヶ月以内に、尼崎市を被告として、この決定の取消しの訴えを提起することができます。

助産施設入所解除通知書

尼北福相 第 号 の 3
令和 年 月 日

長 様

尼崎市北部保健福祉センター所長印

児童福祉法第 22 条の規定による助産施設への入所を、次のとおり解除したので通知します。

妊産婦	氏名	生年月日 年 月 日
	年齢 才	職業
	住所	
	電話 (自宅)	(携帯)
	居住した時期 年 月 から	
世帯主	氏名	妊産婦との続柄
助産施設		
自己負担金	円 (階層)	
入所日 (入院日)	平成 年 月 日	
出産日	平成 年 月 日	
解除日 (退院日)	平成 年 月 日	
新生児	性別	
	体重 g	

この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して 3 月以内に、尼崎市長に対し審査請求をすることができます。
また、この通知書を受け取った日の翌日から起算して 6 ヶ月以内に、尼崎市を被告として、この決定の取消しの訴えを提起することができます。

(様式第 7 号) (措置番号)

助産施設入所変更届

令和 年 月 日

尼崎市北部保健福祉センター所長 様

(申請者)
住 所
氏 名
妊産婦との続柄
電 話

印

助産施設への入所について、次のとおり申請内容に変更が生じたので届出します。

妊産婦	氏名		生年月日 年 月 日		
	年齢 才		職業		
	住所				
	電話 (自宅)		(携帯)		
	居住した時期 年 月 から				
世帯主	氏名		妊産婦との続柄		
入所予定日 (出産予定日)	平成 年 月 日				
健康保険	有 無	保 険 者	・ 尼崎市国民健康保険		記号
	本人 家族		・ その他		番号
			()		負担割合
入所理由					
その他					

※変更になった項目のみ記入のこと。