

山形市産後ケア事業 やまがた e 申請申込ガイド

インターネットによる申込は、【やまがた e 申請】のホームページより行います。

山形市公式ホームページ「山形市産後ケア事業」

<<https://www.city.yamagata-yamagata.lg.jp/kosodatekyoiku/kosodate/1006606/1007234/1005991.html>>

の【やまがた e 申請】のリンクからアクセスできます。

※本申込には、【やまがた e 申請】の利用者情報登録(利用者 ID の取得)は不要です。

手続きの流れ

・ショートステイ
・デイケア

の場合

- ① 申込(p.2～17)
↓
- ② 申込受理
↓
- ③ 日程調整(市をととして電話)
↓
- ④ 決定通知書のダウンロード
(p.18)

・乳房ケア(通所型)
・乳房ケア(訪問型) の場合

- ① 申込(p.2～17)
↓
- ② 申込受理
↓
- ③ 決定通知書の送付後
ダウンロード(p.18)
↓
- ④ 各自で予約を取る

・ママサポーター

の場合

- ① 申込(p.2～17)
↓
- ② 申込受理
↓
- ③ 事業者調整(市をととして電話)
↓
- ④ 決定通知書のダウンロード(p.18)
↓
- ⑤ 各自で予約を取る

【連絡先及び問い合わせ先】

山形市 母子保健課 妊娠出産サポート係

〒990-8580 山形市城南町一丁目 1 番 1 号霞城セントラル 3 階

電話：023-616-7038 FAX：023-647-2281

メール：boshihoken@city.yamagata-yamagata.lg.jp

(1) 申込

SaaS型電子申請サービス（利用者）

手続き検索 申請状況確認 職責署名検証 ヘルプ よくある質問 ログイン

利用者管理

ホーム > オンライン申請手続き > 利用者ログイン

利用者ログイン

手続き名	(テスト2) 山形市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書
受付時期	2026年1月1日12時00分～

「利用者登録せずに申し込む方はこちら」をクリック。

[利用者登録せずに申し込む方はこちら >](#)

[利用者登録される方はこちら](#)

○「利用者登録せずに申し込む方はこちら」をクリックします。

利用規約に移動します。

FAX番号 023-647-2281

メールアドレス boshihoken@city.yamagata-yamagata.lg.jp

<利用規約>

15 利用規約の変更

構成団体は、必要があると認めるときは、予告なくこの規約を変更できるものとします。この規約の変更後に利用者が本システムを利用したときは、利用者は、変更後の規約に同意したものとみなします。

附則

この規約は、平成17年12月8日から施行します。
この規約は、平成20年3月6日から施行します。
この規約は、平成23年1月1日から施行します。

「同意する」ボタンをクリックすることにより、この説明に同意いただけたものとみなします。

上記をご理解いただけましたら、同意して進んでください。

[一覧へ戻る](#) [同意する](#)

利用規約を確認し、「同意する」をクリック。

○利用規約を確認し、「同意する」をクリック。

メールアドレス入力画面に移動します。

連絡がとれるメールアドレスを入力してください。
入力が完了いたしましたら、アドレスに申込画面のURLを記載したメールを送信します。
URLにアクセスし、残りの情報を入力して登録を完了させてください。
また、迷惑メール対策等を行っている場合には、「city-yamagata-yamagata@test.e-tumo.jp」からのメール受信が可能な設定に変更してください。
上記の対策を行っても、申込画面のURLを記載したメールが返信されて来ない場合には、別のメールアドレスを使用して申込を行ってください。
なお、送信元のメールアドレスに返信しても問い合わせには対応できません。
最後に、携帯電話のメールでは、初期設定でURLリンク付きメールを拒否する設定をされている場合がございますので、その場合も同様にメール受信が可能な設定に変更してください。

連絡先メールアドレスを入力してください。

メールアドレス **必須**

メールアドレス (確認用) **必須**

< 説明へ戻る

完了する >

○メールアドレスを入力し、「完了する」をクリックします。

メールアドレスを入力し、「完了する」をクリック。

メール送信完了画面に移動します。

SaaS型電子申請サービス（利用者）

手続き検索 申請状況確認 職責署名検証 ヘルプ よくある質問

手続き申込

[ホーム](#) > [オンライン申請手続き](#) > [利用者ログイン](#) > [手続き説明](#) > [利用者ID入力](#) > メール送信完了

メール送信完了

(テスト2) 山形市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

メールを送信しました。
受信したメールに記載されているURLにアクセスして、残りの情報を入力してください。
申込画面に進めるのはメールを送信してから24時間以内です。
この時間を過ぎた場合はメールアドレスの入力からやり直してください。

< 一覧へ戻る

※登録したメールアドレスにメールが送信されます。

受信したメールに記載されているURLにアクセスして申請書に申込情報を入力してください。

≪申込者情報入力画面≫

申請日から申込者の情報を入力していきます。

手続き申込

[ホーム](#) > [オンライン申請手続き](#) > [利用者ログイン](#) > [手続き説明](#) > [利用者ID入力](#) > [メール送信完了](#) > [申込](#)

申込

選択中の手続き名：（テスト2）山形市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

問合せ先 [+開く](#)

基本情報

緊急連絡先情報

利用希望サービス

利用希望情報

現在の状況

情報

申請年月日 必須

半角でご入力ください。

令和 ▼ 8 年 8 月 7 日

申請年月日 必須

半角でご入力ください。

令和 ▼ 8 年 8 月 7 日

利用者情報

利用者氏名（母） 必須

氏： 名：

利用者氏名（母のふりがな） 必須

氏 名

生年月日（母） 必須

半角でご入力ください。

▼ 年 月 日

年齢（母）

自動計算式のため入力不要です。

0 歳

【申請年月日】
半角数字で入力してください。

【利用者氏名(母のふりがな)】
利用者(母)の氏名のふりがなを
ひらがなで入力してください。

【生年月日(母)】
半角数字で入力してください。

住所（母） 必須

山形市

電話番号（母の携帯） 必須

電話番号

【電話番号(母の携帯)】

必ず連絡のとれる番号を入力してください。

【乳児の情報】

産後ケアの利用対象となる児がすでにお生まれの場合のみ入力してください。

乳児の氏名

産後ケアの利用対象となる子どもの名前を記入してください。

氏 名

乳児の氏名（ふりがな）

氏 名

性別（子）

☐ 男

☐ 女

生年月日（子）

半角でご入力ください。

年 月 日

出生体重（子）

g

生まれ順（子）

第 子

【乳児の氏名(ふりがな)】

ひらがなで入力してください。

【生年月日(子)】

半角数字で入力してください。

【乳児の情報2】

産後ケアの利用対象となる双子の児がいる場合のみ入力してください。

乳児の氏名 2 (双子の場合のみご記入ください。)			
氏		名	
乳児の氏名 2 (ふりがな) (双子の場合のみご記入ください。)			
氏		名	
性別 (子) 2 (双子の場合のみご記入ください。)			
☐ 男			
☐ 女			
生年月日 (子) 2 (双子の場合のみご記入ください。)			
半角でご入力ください。			
	▼		年 月 日
出生体重 (子) 2 (双子の場合のみご記入ください。)			
g			
生まれ順 (子) 2 (双子の場合のみご記入ください。)			
第 子			

【乳児の氏名2 (ふりがな)】
ひらがなで入力してください。

【生年月日(子)2】
半角数字で入力してください。

出産医療機関名 必須	
在胎週数	
「〇週△日」のように入力してください。	
世帯区分 必須	
生活保護世帯の方は、生活保護受給証明書の提出が必要です。	
☐ 市民税課税世帯	
☐ 市民税非課税世帯	
☐ 生活保護世帯	

【在胎週数】
「〇週△日」のように入力してください。

【緊急連絡先】

緊急連絡先	
緊急連絡先となる方の情報を入力してください。	
氏名 必須	
氏	名
続柄 必須	
住所 必須	
電話（緊急連絡先） 必須	
電話番号	

【電話（緊急連絡先）】
必ず連絡のとれる番号を入力してください。

【各サービスの利用希望の有無】

各サービスの利用希望の有無を選択してください。	
ショートステイの利用希望 必須	
☐ 有 ☐ 無	
デイケアの利用希望 必須	
☐ 有 ☐ 無	
乳房ケア（通所型）の利用希望 必須	
☐ 有 ☐ 無	
乳房ケア（訪問型）の利用希望 必須	
☐ 有 ☐ 無	
ママサポーターの利用希望 必須	
☐ 有 ☐ 無	

各サービスについて現在利用希望がある場合は「有」、ない場合は「無」を選択してください。
この選択により、【利用希望情報】タブで入力の必要な項目が変わります。

【ショートステイ】

※利用希望サービスにショートステイを選択した方にのみ表示されます。

ショートステイ

ショートステイ・デイケアは合わせて7日まで利用可能です。

※利用時その都度申請が必要です。

希望利用開始日（ショートステイ） **必須** 選択肢の結果によって入力条件が変わります

▼

年

月

日

希望利用終了日（ショートステイ） **必須** 選択肢の結果によって入力条件が変わります

▼

年

月

日

利用期間（ショートステイ） **必須** 選択肢の結果によって入力条件が変わります

「〇泊△日」のように入力してください。

【希望利用開始日】
ショートステイの利用開始を希望する日付を**半角数字**で入力してください。

【希望利用終了日】
ショートステイの利用終了を希望する日付を**半角数字**で入力してください。

【利用期間】
入力した希望利用開始・終了日に基づき、利用期間を「**〇泊△日**」のように入力してください。
※ショートステイ・デイケアは合わせて7日まで利用可能です。

希望事業者（ショートステイ） **必須** 選択肢の結果によって入力条件が変わります

☐ 山形済生病院
 ☐ 羽根田産婦人科クリニック
 ☐ 国井クリニック
 ☐ 横山病院
 ☐ さいとうバース&レディースクリニック

利用希望内容（ショートステイ） **必須** 選択肢の結果によって入力条件が変わります

利用を希望するサービス内容を選択してください。（複数選択可）

☐ 産後の母の健康管理や生活面の指導
 ☐ 乳房ケアや授乳方法の指導
 ☐ 乳児の沐浴、発育・発達のチェック、体重・排せつ、栄養のチェック、スキンケア等の育児方法の指導
 ☐ 育児相談
 ☐ その他

詳細な利用希望内容（ショートステイ） 選択肢の結果によって入力条件が変わります

必要な方は、具体的な利用希望内容を入力してください。

【希望事業者】
希望する事業者を**1つ**選択してください。

【利用希望内容】
利用を希望するサービス内容を選択してください（**複数選択可**）。

【詳細な利用希望内容】
具体的な利用希望内容を入力してください。

【デイケア】

※利用希望サービスにデイケアを選択した方にのみ表示されます。

デイケア

ショートステイ・デイケアは合わせて7日まで利用可能です。

※利用時その都度申請が必要です。

利用希望日（デイケア） 必須 選択肢の結果によって入力条件が変わります

「令和〇年△月△日、△月□日」のように入力してください。

入力文字数：0 / 10

利用希望日数（デイケア） 必須 選択肢の結果によって入力条件が変わります

計1日

【利用希望日】

デイケアの利用を希望する日付を「令和〇年△月△日、△月□日」のように入力してください。

【利用希望日数】

入力した利用希望日が計何日か選択してください。
※ショートステイ・デイケアは合わせて7日まで利用可能です。

希望事業者（デイケア） 必須 選択肢の結果によって入力条件が変わります

☐ 山形済生病院
☐ 羽根田産婦人科クリニック
☐ 国井クリニック
☐ さいとうバース&レディースクリニック
☐ 助産院nana

利用希望内容（デイケア） 必須 選択肢の結果によって入力条件が変わります

利用を希望するサービス内容を選択してください。（複数選択可）

☐ 産後の母の健康管理や生活面の指導
☐ 乳房ケアや授乳方法の指導
☐ 乳児の沐浴・発育・発達のチェック、体重・排せつ、栄養のチェック、スキンケア等の育児方法の指導
☐ 育児相談
☐ その他

詳細な利用希望内容（デイケア） 選択肢の結果によって入力条件が変わります

必要な方は、具体的な利用希望内容を入力してください。

【希望事業者】

希望する事業者を1つ選択してください。

【利用希望内容】

利用を希望するサービス内容を選択してください（複数選択可）。

【詳細な利用希望内容】

具体的な利用希望内容を入力してください。

【乳房ケア(通所型)】

※利用希望サービスに乳房ケア(通所型)を選択した方にのみ表示されます。

乳房ケア（通所型）

乳房ケア（通所型）・乳房ケア（訪問型）は合わせて3回まで利用可能です。

※日程は、利用承認後に施設と調整してください。

希望事業者（乳房ケア（通所型））必須選択肢の結果によって入力条件が変わります

☐ 山形済生病院
☐ 市立病院済生館
☐ 助産院nana
☐ エンジェル助産院
☐ わたなべ助産院

利用希望内容（乳房ケア（通所型））必須選択肢の結果によって入力条件が変わります

利用を希望するサービス内容を選択してください。（複数選択可）

☐ 乳房ケアや乳房マッサージ
☐ 授乳量や授乳方法の指導
☐ 育児相談（児の発育・発達チェックなど）
☐ その他

詳細な利用希望内容（乳房ケア（通所型））選択肢の結果によって入力条件が変わります

必要な方は、具体的な利用希望内容を入力してください。

【希望事業者】
希望する事業者を1つ選択してください。

【利用希望内容】
利用を希望するサービス内容を選択してください(複数選択可)。

【詳細な利用希望内容】
具体的な利用希望内容を入力してください。

【乳房ケア(訪問型)】

※利用希望サービスに乳房ケア(訪問型)を選択した方にのみ表示されます。

乳房ケア（訪問型）

乳房ケア（通所型）・乳房ケア（訪問型）は合わせて3回まで利用可能です。

※日程は、利用承認後に施設と調整してください。
※駐車場を準備してください。

希望事業者（乳房ケア（訪問型）） **必須** 選択肢の結果によって入力条件が変更されます

☐ エンジェル助産院
☐ マミーズルーム
☐ 助産師のひとみさん
☐ 助産院nana

利用希望内容（乳房ケア（訪問型）） **必須** 選択肢の結果によって入力条件が変更されます

利用を希望するサービス内容を選択してください。（複数選択可）

☐ 乳房ケアや乳房マッサージ
☐ 授乳量や授乳方法の指導
☐ 育児相談（児の発育・発達のチェックなど）
☐ その他

詳細な利用希望内容（乳房ケア（訪問型）） 選択肢の結果によって入力条件が変更されます

必要な方は、具体的な利用希望内容を入力してください。

【希望事業者】
希望する事業者を **1つ** 選択してください。

【利用希望内容】
利用を希望するサービス内容を選択してください(**複数選択可**)。

【詳細な利用希望内容】
具体的な利用希望内容を入力してください。

【ママサポーター】

※利用希望サービスにママサポーターを選択した方にのみ表示されます。

ママサポーター

※日程は、利用承認後に施設と調整してください。
※駐車場を準備してください。

希望事業者（ママサポーター） 必須 選択肢の結果によって入力条件が変わります

☐ やまがた育児サークルランド
☐ ふれあいにこにこの丘
☐ 山形わたけの会
☐ ドゥーラシッターやまがた

利用希望内容（ママサポーター） 必須 選択肢の結果によって入力条件が変わります

利用を希望するサービス内容を選択してください。（複数選択可）
 ※買い物等のために要した交通費等は利用者の実費負担となります。

☐ 食事の準備及び後片付け
☐ 衣類の洗濯、補修
☐ 居室等の掃除及び整理整頓
☐ 生活必需品の買い物
☐ 授乳
☐ おむつ交換
☐ 沐浴介助
☐ その他必要な家事援助
☐ その他必要な育児援助

詳細な利用希望内容（ママサポーター） 選択肢の結果によって入力条件が変わります

必要な方は、具体的な利用希望内容を入力してください。

現在の状況（ママサポーター） 必須 選択肢の結果によって入力条件が変わります

☐ 妊娠中
☐ 産後
☐ 三つ子

出産予定日 選択肢の結果によって入力条件が変わります

年 月 日

希望利用開始日（ママサポーター） 選択肢の結果によって入力条件が変わります

年 月 日

利用終了日（ママサポーター） 選択肢の結果によって入力条件が変わります

年 月 日

希望時間帯（ママサポーター） 選択肢の結果によって入力条件が変わります

☐ 午前
☐ 午後

希望曜日（ママサポーター） 選択肢の結果によって入力条件が変わります

【希望事業者】

希望する事業者を **1つ** 選択してください。

【利用希望内容】

利用を希望するサービス内容を選択してください（**複数選択可**）。

【詳細な利用希望内容】

具体的な利用希望内容を入力してください。

【現在の状況】

「妊娠中」または「産後」を選択してください。三つ子の方は「三つ子」も選択してください。

【希望利用開始日】

ママサポーターの利用開始を希望する日付を**半角数字**で入力してください。

【利用終了日】

ママサポーターの利用終了を希望する日付を**半角数字**で入力してください。

【確認事項】

確認事項	
分娩状況 必須	
☐ 異常なし ☐ 特記事項あり	
分娩状況の特記事項 選択肢の結果によって入力条件が変わります	
分娩状況の特記事項について、具体的に入力してください。	
産後の体調 必須	
☐ 良 ☐ 不良	
産後の体調（具体的内容） 選択肢の結果によって入力条件が変わります	
産後の体調の不良な点について、具体的に入力してください。	
治療中の疾患 必須	
☐ 無 ☐ 有	
治療中の疾患（具体的内容） 選択肢の結果によって入力条件が変わります	
治療中の疾患について、具体的に入力してください。	
内服の有無 必須	
☐ 無 ☐ 有	
内服薬（具体的内容） 選択肢の結果によって入力条件が変わります	
内服している薬について、具体的に入力してください。	
アレルギーや感染症 必須	
☐ 無 ☐ 有	
アレルギーや感染症（具体的内容） 選択肢の結果によって入力条件が変わります	
アレルギーや感染症について、具体的な内容を入力してください。	

当てはまる項目を選択してください。
コメント入力欄が表示される場合は詳細を入力してください。

栄養法 必須	
☐ 母乳 ☐ 混合 ☐ 人工乳 ☐ その他	
栄養法（具体的内容） 選択肢の結果によって入力条件が変わります	
栄養法について、具体的に入力してください。 	
児の健康状態 必須	
☐ 異常なし ☐ 特記事項あり	
児の健康状態の特記事項 選択肢の結果によって入力条件が変わります	
児の健康状態の特記事項について、具体的に入力してください。 	

【かかりつけの医療機関】

かかりつけの医療機関	
※必要時情報提供する場合があります。	
かかりつけの医療機関（母）	
かかりつけの医療機関がありましたら、医療機関名をご記入ください。	
☐ 無 ☐ 有 	
かかりつけの医療機関（母）の電話番号 選択肢の結果に	
電話番号	
かかりつけの医療機関（子）	
かかりつけの医療機関がありましたら、医療機関名をご記入ください。	
☐ 無 ☐ 有 	
かかりつけの医療機関（子）の電話番号 選択肢の結果によって入力条件が変わります	
電話番号	

かかりつけの医療機関がある場合は「有」を選択し、医療機関名と医療機関の電話番号を入力してください。

情報提供の同意について

以下の内容に同意する場合は利用者本人がご記入ください。

山形市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書に記載した情報及びサービスの利用に必要な情報を山形市産後ケア事業を実施する事業者提供することに同意します。また、利用者の健康状態に関する情報について、事業者から山形市に提供することに同意します。

山形市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書に記載した情報及びサービスの利用に必要な情報を医療機関に提供することに同意します。

山形市が審査に必要な範囲で住民基本台帳について調査・閲覧することに同意します。

自己負担額の決定に際して、住所を同じくする世帯員全員の課税状況等の関係書類を閲覧することに同意します。

同意年月日 **必須**

半角でご入力ください。

令和

8

年

8

月

12

日

申請者氏名 **必須**

申請者の氏名を入力してください。

氏 名

< 戻る

確認へ進む >

情報提供の同意について内容を確認後、同意年月日と申請者氏名の入力をお願いします。

【同意年月日】
日付を半角数字で入力してください。

すべての項目の入力が終わったら、「確認へ進む」をクリック。

○すべての項目の入力が終わりましたら、「確認へ進む」をクリックします。

申し込んだ内容の確認画面に移動します。

手続き申込

[ホーム](#) > [オンライン申請手続き](#) > [利用者ログイン](#) > [手続き説明](#) > [利用者ID入力](#) > [メール送信完了](#) > [申込](#) > [申込確認](#)

申込確認

まだ申込みは完了していません。

※下記内容でよろしければ「申込む」ボタンを、修正する場合は「入力へ戻る」ボタンを押してください。

(テスト3) 山形市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書

申込年月日	令和8年8月12日
-------	-----------

利用者情報

利用者氏名（母）	てすと てすと
利用者氏名（母のふりがな）	てすと てすと
生年月日（母）	平成8年8月8日

内容に誤りがないか確認しながら、
一番下までスクロールします。

かかりつけの医療機関

かかりつけの医療機関（母）	無
かかりつけの医療機関（子）	無

情報提供の同意について

以下の内容に同意する場合は利用者本人がご記入ください。

同意年月日	令和8年8月12日
申請者氏名	てすと てすと

< 入力へ戻る

申込む >

※PDFファイルは一度パソコンに保存してから開くようにしてください。

PDFプレビュー

「申込む」をクリック。

申込みが完了しました。

The screenshot shows a web page titled "申込完了" (Application Completed). It contains a table with the application number and password, which is circled in red. Below the table, there are instructions and buttons. Two callout boxes provide additional guidance: one pointing to the table and another pointing to the "PDFファイルを出力する" button.

申込完了	
山形市産後ケア事業の利用申請受付が完了しました。	
申込みが完了しました。 下記の整理番号 とパスワード を記載したメールを送信しました。	
メールアドレスが誤っていたり、フィルタ等を設定されている場合、 メールが届かない可能性があります。	
整理番号	020332394754
パスワード	3xHkcBA9Y2
整理番号 とパスワード は、今後申込状況を確認する際に必要となる大切な番号です。 特にパスワードは他人に知られないように保管してください。	
なお、内容に不備がある場合は別途メール、または、お電話にてご連絡を差し上げる事があります。	
< 一覧へ戻る	
※PDFファイルは一度パソコンに保存してから開くようにしてください。	
PDFファイルを出力する	

整理番号とパスワードを忘れずに
保管してください。

申込内容を PDF 形式で印刷
することができます。

※申込内容の照会や決定通知書をダウンロードする際に必要な「整理番号」「パスワード」が発行されますので、控えたうえで他人に知られないよう大切に保管してください。

※登録したメールアドレスにも【申込完了通知メール】が送信されますので、必ず確認してください。メールにも「整理番号」「パスワード」が記載されています。

以上で、申込み手続きは完了となります。

(2) 決定通知書のダウンロード

山形市母子保健課より【山形市産後ケア利用決定通知書送付】のメールが届いたら記載されている URL から「申込内容照会」ページを開きます。

申込完了時にメールでお送りした【整理番号】と【パスワード】を入力します。

申込照会

申込完了画面、通知メールに記載された整理番号、パスワードをご入力ください。
整理番号は半角数字、パスワードは半角英数字（英字：大文字・小文字）で入力して下さい。
前後にスペースが入ると正しく認識されず、照会できませんのでご注意ください。

ログイン後に申込を行われた方は、ログインしていただくと、整理番号やパスワードを使用せずに照会できます。

整理番号

パスワード

照会する >

「照会する」を押します。

申込詳細の添付ファイル1の PDF が利用決定通知書になります。

ダウンロードしてください。

申込詳細	
※添付ファイルは一度パソコンに保存してから開くようにしてください。	
手続き名	(テスト3) 山形市産後ケア事業利用申請書兼情報提供同意書
整理番号	020332394754
処理状況	完了
処理履歴	2026年8月14日14時55分 ファイルアップロード 2026年8月14日14時54分 受理 2026年8月14日14時18分 申込
添付ファイル1	020332394754_20260814_145330.pdf

決定通知書(利用承認通知書)

受診当日に決定通知書を医療機関にご提示ください。