豊中市産後ケア事業受託申込書兼誓約書

令和　　年　　月　　日

豊　中　市　長　　様

（申込者）

事業者の所在地

事業者名称

代表者肩書・氏名

豊中市産後ケア事業（　[ ]  宿泊型　・　[ ]  デイサービス型①　・　[ ]  デイサービス型②　）受託事業者として応募したいので、別紙の書類を添付して申し込みます。

　なお、申込みを行うにあたり、豊中市宿泊型及びデイサービス型産後ケア事業事業者募集要項に定める応募資格をすべて満たしており、添付書類の内容について事実に相違ないことを誓約します。

担当者氏名及び連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

事業者概要

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 事業者の所在地 | （〒　　　　－　　　　　） |
| 代表者の肩書・氏名 |  |
| 設立年月日 | 年　　　　月　　　　日 |
| 連絡先 | 電話番号 | 　　（　　　　） | ＦＡＸ番号 | 　　（　　　　） |
| 産科・産婦人科を標榜している病院又は診療所の場合 | 雇用する医師　　　　　　　名（うち非常勤　　　　　名）うち　・産婦人科医　　　　　　　　名（うち非常勤　　　　　名）・小児科医　　　　　　　　　名（うち非常勤　　　　　名） |
| 施設での分娩の取り扱いの有無※「有」の場合は昨年度の取り扱い件数を記載してください。※「無」の場合で過去の取り扱い実績等があればそれについて記載してください。 | [ ]  有（　　　　　　　　　　）件[ ]  無　過去の取り扱い実績等 |

※法人が開設している場合、代表者の肩書・氏名については法人の代表者を記載すること。

産後ケア類似事業の実績

|  |  |
| --- | --- |
| 事　　業　　名 |  |
| 事業の実施時期 |  |
| 事業の実施場所 |  |
| 事　業　概　要 |  |
| 年間利用者数（参加者数など） | 実人数　　　　　　人　、　延人数　　　　 　　人 |

※　事業に係る実績報告書を作成している場合は添付すること。

事業実施の基本計画

|  |  |
| --- | --- |
| 実施施設名称 |  |
| 実施施設の所在地 |  |
| 施設管理者 |  |
| 事業責任者 |  |
| 応募動機及び実施方針 |  |
| 受入可能月齢 | （　　　　　　　）か月児までは受入可能 |
| 受入可能時間 | 宿泊型（　　　　　）時　～　（　　　　　）時デイサービス型①（　　　　　）時　～　（　　　　　）時デイサービス型②（　　　　　）時　～　（　　　　　）時 |
| 最大利用可能人数 | 宿泊型（　　　　　）名デイサービス型①（　　　　　）名デイサービス型②（　　　　　）名 |
| 事業実施施設概要 | 造、　　階建ての　　　階部分 |
| 実施室数及び面積 | 宿泊型のみに使用する入所室数（　　　）室 | 入所室１（　　　　　　）㎡ |
| 入所室２（　　　　　　）㎡ |
| 入所室３（　　　　　　）㎡ |
| 入所室４（　　　　　　）㎡ |
| 入所室５（　　　　　　）㎡ |
| デイサービス型のみに使用する居室数（　　　）室 | 居室１（　　　　　　）㎡ |
| 居室２（　　　　　　）㎡ |
| 居室３（　　　　　　）㎡ |
| 宿泊型及びデイサービス型に兼用する入所室兼居室（　　　）室 | 入所室兼居室１（　　　　　　）㎡ |
| 入所室兼居室２（　　　　　　）㎡ |
| 入所室兼居室３（　　　　　　）㎡ |
| 入所室兼居室４（　　　　　　）㎡ |
| 入所室兼居室５（　　　　　　）㎡ |
| 入所室兼居室６（　　　　　　）㎡ |
| 入所室兼居室７（　　　　　　）㎡ |
| 入所室兼居室８（　　　　　　）㎡ |
| 設　　　　備現在整備されているものに☑ | [ ]  授乳コーナー [ ]  ベビーベッド[ ]  シャワー室[ ]  沐浴指導設備[ ]  非常口[ ]  玄関以外の避難経路 |
| 自己負担金の支払い方法利用できるものに☑ | [ ]  現金[ ]  キャッシュレス決済（ [ ] クレジットカード　・　 [ ] スマホ決済アプリ　） |
| 24時間365日受入体制いずれかに☑ | [ ]  有[ ]  無※実施室が満室の場合等を除いた通常時の体制をご記入ください。 |

* 事業実施予定施設の建物平面図を添付すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職員の配置計画 | 資格 | 従事職員数 |
| 助産師 | 人数 | 名 | 勤務体制 | [ ]  ３交代制[ ]  ２交代制[ ]  日勤のみ[ ]  その他（　　　　　　　　　　　） |
| 保健師 | 人数 | 名 | 勤務体制 | [ ]  ３交代制[ ]  ２交代制[ ]  日勤のみ[ ]  その他（　　　　　　　　　　　） |
| 看護師 | 人数 | 名 | 勤務体制 | [ ]  ３交代制[ ]  ２交代制[ ]  日勤のみ[ ]  その他（　　　　　　　　　　　） |
| その他[ ] 心理士[ ] 保育士[ ]  ( ) | 人数 | 名 | 勤務体制 | [ ]  ３交代制[ ]  ２交代制[ ]  日勤のみ[ ]  その他（　　　　　　　　　　　） |
| 合計人数 | 名 |
| 食事の提供方法（該当するものに☑） | [ ]  施設内にて調理を実施[ ]  施設内の飲食店等から食事を調達し提供[ ]  施設外の飲食店等から食事を調達し提供 |
| （施設内外の飲食店等から食事を調達する場合）飲食店等の店舗の名称及び所在地 | 店舗の名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 調理（調達）から食事までの時間 | 時間 |
| 調理（調達）から食事までの間の保存方法※衛生面での配慮等について |  |

産後ケア事業の実施に係る協力医療機関との連携確認書

１　事業者

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者氏名 |  |

２　協力医療機関

|  |  |
| --- | --- |
| 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者氏名 |  |

３　協力確認欄

　　　上記１の事業者が豊中市産後ケア事業を開始後は、利用者の病変突発時等の緊急時の対応に協力いたします。

令和　　年　　月　　日

　　　　　　　協力医療機関

　医療機関名

　　　　　　　　　　代表者氏名