

様式 1

泉大津市産後ケア事業委託事業者申請書

年 月 日

泉大津市長 様

(申請者)

所在地 _____

事業者名称 _____

代表者氏名 _____

下記の泉大津市産後ケア事業委託事業者に応募したいので、次の書類を添付して申請します。

応募するサービス区分に☑を記入

☐ 宿泊型 ☐ 日帰り型 ☐ 居宅訪問型

(添付書類) 添付している書類に☑を記入

- ☐ 泉大津市産後ケア事業委託事業者誓約書 (様式 2)
- ☐ 事業者概要 (様式 3)
- ☐ 業務実績 (様式 4)
- ☐ 事業実施基本計画書 (様式 5-1)
- ☐ 事業実施基本計画書 (様式 5-2) (宿泊型・日帰り型のみ)
- ☐ 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 (様式 6)
- ☐ 損害賠償保険証等の写し
- ☐ 事業実施施設の平面図 (宿泊型・日帰り型のみ)

担当者連絡先	担当部署
	電話番号
	担当者名
	E-mail

様式 2

泉大津市産後ケア事業委託事業者誓約書

年 月 日

泉大津市長 様

(申請者)

所在地 _____

事業者名称 _____

代表者氏名 _____

泉大津市産後ケア事業委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請します。この応募申請を行うにあたり、泉大津市産後ケア事業委託事業者募集要項に定める、サービス区分に応じた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と相違ないことを誓約します。

様式 3

事業者概要

年 月 日

事業者名	
区分	医療機関・助産所・その他（ ）
施設所在地	
代表者名	
設立年月日	
産科・婦人科・小児科を 標榜している病院または診療所の場合	雇用する医師： 名（うち非常勤 名） （内訳） ・産婦人科医： 名（うち非常勤 名） ・小児科医： 名（うち非常勤 名）
連絡先	電話 F A X
施設での分娩の 取り扱いの有無	分娩の取り扱い 有：（昨年度件数 件） 無

代表者名：法人が開設している場合は、法人の代表者名を記載すること

様式 4

業務実績

年 月 日

事業者名	
事業名（業務名）	
当該事業の実施期間	年 月 日～ 年 月 日
実施場所	
事業内容	
年間利用者数	（ ）年度 実人数 人 述人数 人
他自治体契約実績	自治体名（ ）事業名（ ） 実施期間（ 年 月～ 年 月）
	自治体名（ ）事業名（ ） 実施期間（ 年 月～ 年 月）
	その他

※本様式には、母乳育児相談や乳房手当を実施したもの等、仕様書に定める業務内容についての実績を記載してください。

様式 5－1

事業実施基本計画書

基本情報

施設名称			
実施施設住所			
電話番号			
施設管理者			
事業責任者			
応募動機及び実施方針			
ホームページ等の URL			
サービス内容 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 宿泊型	<input type="checkbox"/> 日帰り型	<input type="checkbox"/> 居宅訪問型
受け入れ可能な月齢	産後 か月～ か月未満	産後 か月～ か月未満	産後 か月～ か月未満
1日の受け入れ可能な人数	人	人	人
施設全体の受け入れ可能人数	人		
居室の種類 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 個室のみ <input type="checkbox"/> 総室のみ <input type="checkbox"/> 個室又は総室	<input type="checkbox"/> 個室のみ <input type="checkbox"/> 総室のみ <input type="checkbox"/> 個室又は総室	
対応地域			市 全 域 ・ 近 隣 地 域 ()
定休日			
備考			

事務管理

<input type="checkbox"/>	従事者定期健康診断を実施している	<input type="checkbox"/>	苦情処理を適切にしている
<input type="checkbox"/>	個人情報適切に管理している	<input type="checkbox"/>	会計書類適切に文章管理している
<input type="checkbox"/>	人事労務関係書類適切に管理している	<input type="checkbox"/>	事業実施マニュアルや安全マニュアルがある

その他

業務委託内容外の提供サービス 施設独自でのサービスを提供している場合、別途、利用者からサービス料を徴収して下さい。	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容・料金等 ()
利用料の支払い方法	現金／クレジットカード／その他方法 ()

様式5-2 (宿泊型・日帰り型のみ記載)

施設情報

施設	造 階建ての 階段部分 病棟
居室 (母子1組あたりの床面積6.3㎡以上)	個室()室 ()人部屋()室 ()人部屋()室
設備 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 入浴施設 <input type="checkbox"/> 沐浴指導施設 <input type="checkbox"/> 避難経路 <input type="checkbox"/> 非常口 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div>
食事の提供方法 (該当するものに☑)	<input type="checkbox"/> 施設内にて調理を実施 <input type="checkbox"/> 飲食店等から食事を調達し提供 店舗名： 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 (※衛生面の配慮等)	
離乳食の提供	可 / 不可
食物アレルギー対応	可 (大人用・小児用) / 不可
子の兄弟の同伴入院 (1歳を超える子は、産後ケア対象ではなく、施設独自の受入・サービス提供となります。利用料や食事代は別途、利用者から徴収してください。)	可 / 不可

職員の配置人数

職種	人数
助産師	人
保健師	人
看護師	人
心理士	人
保育士	人
合計	人

様式 6

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

年 月 日

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、泉大津市産後ケア事業を開始後は、緊急時の対応に協力いたします。

年 月 日

医療機関名 _____

代表者氏名 _____ 印 _____

様式 7

泉大津市産後ケア事業契約届出事項変更届

年 月 日

泉大津市長 様

(申請者)

所在地

事業者名称

代表者氏名

泉大津市産後ケア事業業務委託において、次のとおり変更します。

変更日 : 年 月 日

変更内容

--

(添付書類) 添付している書類に☑を記入

変更内容に応じて、該当書類の添付が必要です。

- ☐ 事業者概要 (様式 3)
- ☐ 事業実施基本計画書 (様式 5 - 1)
- ☐ 事業実施基本計画書 (様式 5 - 2) (宿泊型・日帰り型のみ)
- ☐ 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 (様式 6)
- ☐ 損害賠償保険証等の写し
- ☐ 事業実施施設の平面図

担当者連絡先	担当部署 電話番号 担当者名 E-mail
--------	--------------------------------

様式 8

泉大津市産後ケア事業業務委託契約更新申請書

年 月 日

泉大津市長 様

(申請者)

所在地

事業者名称

代表者氏名

泉大津市産後ケア事業委託事業者募集要項に基づき、泉大津市産後ケア事業業務委託契約の更新を、次の書類を添付して申請します。

(添付書類) 損害賠償保険証等の写し

【変更についての確認】※変更有の場合は、該当書類の添付が必要です。

事業者概要(様式3)の変更	有	・	無
事業実施基本計画書(様式5-1)の変更	有	・	無
事業実施基本計画書(様式5-2)(宿泊型・日帰り型のみ)の変更	有	・	無
産後ケア事業に係る協力医療機関との連携確認書(様式6)の変更	有	・	無
事業実施施設の平面図(宿泊型・日帰り型のみ)の変更	有	・	無

(添付書類) 添付している書類に☑を記入

- ☐ 事業者概要(様式3)
- ☐ 事業実施基本計画書(様式5-1)
- ☐ 事業実施基本計画書(様式5-2)(宿泊型・日帰り型のみ)
- ☐ 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(様式6)
- ☐ 事業実施施設の平面図(宿泊型・日帰り型のみ)

担当者連絡先	担当部署 電話番号 担当者名 E-mail
--------	--------------------------------