

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に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"/> | 個人情報を適切に管理している | <input type="checkbox"/> | 会計書類を適切に文章管理している |
| <input type="checkbox"/> | 人事労務関係書類を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取して下さい。 | <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 階部分 | 病棟 |
|---|---|-----|
| 居室 (母子 1 組あたりの床面積 6.3 m ² 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 | [] |
| 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 | |
| 子の兄姉の同伴入院 (1歳を超える子は、産後ケア対象ではなく、施設独自での受入・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 | 人數 |
|-----|----|
| 助產師 | 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 |