第１号様式

小牧市産後ケア事業委託事業者申請書

　　年　　　月　　　日

小　牧　市　長　　様

（申請者）

所在地

事業者名称

代表者氏名

小牧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。

|  |  |
| --- | --- |
| 受託希望実施内容 | □　ショートステイ（宿泊型）  □　デイケア（日帰り型）  □　アウトリーチ（訪問型） |

添付書類

□　①事業者概要（様式２）

□　②産後ケア事業類似業務実績（第３号様式）

□　③産後ケア事業実施体制（第４号様式）

□　④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（助産所等のみ）（第５号様式）

□　⑤産後ケア事業実施施設の図面（※個室の面積を記載）（ショートステイ及びデイケアを

実施する施設のみ）

□　⑥団体の事業内容が分かるパンフレット等

□　⑦定款（開設者が法人の場合）

　※前年度産後ケア事業受託事業者は、⑤⑥⑦について変更がなければ提出省略可

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者氏名及び連絡先 | 担当部署  担当者氏名  電話番号  Ｅ-mail |

第２号様式

　事業者概要

記入年月日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業者名 |  | | | |
| 事業者  所在地 | （〒　　　　－　　　　　） | | | |
| 代表者名 |  | | | |
| 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  または診療所の場合 | 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 | | | |

※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。

※分娩の取り扱い実績について、取り扱い件数等が確認できるものを添付すること。

第３号様式

産後ケア事業類似業務実績

記入年月日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 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。

第４号様式

産後ケア事業実施体制

記入年月日　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名称 |  |
| 開設所在地 |  |
| 施設管理者 |  |
| 事業責任者 |  |
| 利用料の  支払い方法  （該当するものに○） | ・現金のみ  ・クレジットカード利用可能 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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（　　　　　　　　　　　） |
| 心理士 | 人数 |  | 勤務体制 | ３交代制　・２交代制  日勤のみ  その他（　　　　　　　　　　　） |
| 合計人数 | | 名 | | |
| その他 | |  | | | |

〇ショートステイ・デイケア実施施設

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 最大利用  可能人数 | | ショートステイ　（　　　　）人  デイケア　　　　（　　　　）人 | |
| 事業実施施設概要 | | 階建　　　　　階 | |
| 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 | |
| 実施室数及び面積 | ショート  ステイのみに使用する入所室数  （　　　）室 | 入所室１（　　　　　）㎡ | 入所室５（　　　　　）㎡ |
| 入所室２（　　　　　）㎡ | 入所室６（　　　　　）㎡ |
| 入所室３（　　　　　）㎡ | 入所室７（　　　　　）㎡ |
| 入所室４（　　　　　）㎡ | 入所室８（　　　　　）㎡ |
| デイケア  のみに使用する居室数  （　　　）室 | 居室１（　　　　　）㎡ | 居室５（　　　　　）㎡ |
| 居室２（　　　　　）㎡ | 居室６（　　　　　）㎡ |
| 居室３（　　　　　）㎡ | 居室７（　　　　　）㎡ |
| 居室４（　　　　　）㎡ | 居室８（　　　　　）㎡ |
| ショートステイ及びデイケア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 （　　　　　　）㎡ | |
| 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 | |

※事業実施予定施設の建物平面図を添付すること。

〇アウトリーチ実施施設

|  |  |
| --- | --- |
| 訪問可能な地域 | □小牧市内　全域  □小牧市内　一部地域（　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □その他　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

第５号様式

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、小牧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。

　　　　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　協力医療機関

　医療機関名

　　　　　　　　　　代表者氏名