

(様式 1)

高知市産後ケア事業委託事業者申請書

令和 年 月 日

高 知 市 長 様

(申請者)

所在地

事業者名称

代表者氏名

印

高知市産後ケア事業について、下記の業務実施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。

記

☐ 宿泊型のみ

☐ 通所型のみ

☐ 宿泊型及び通所型

担当者氏名及び連絡先 ※ 本市からの問合せや契約締結時等で使用しますので、必ず全項目を記入してください。	契約担当部署
	契約担当者氏名
	電話番号
	FAX 番号
	E - mail

(様式 2)

高知市産後ケア事業委託事業者申請にかかる誓約書

年 月 日

高 知 市 長 様

(申請者)

事業者の所在地 _____

事業者名称 _____

代表者氏名 _____ 印 _____

高知市産後ケア事業委託事業者への応募申請を行うにあたり，高知市産後ケア事業委託事業者募集要項に定める申請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。

事業者概要

(令和 年度)

事業者名				
事業者所在地	(〒)			
代表者職名・氏名				
設立年月日	西暦 年 月 日			
担当者連絡先	担当部署等	(担当者名)		
	電話番号		FAX 番号	
	E-mail			
雇用する医師数 ※ 産科・産婦人科を標榜している病院または診療所の場合のみ	雇用する医師数 名 (うち非常勤医師数 名)			
	【雇用する医師の内訳】 ・ 産婦人科医 名 (うち非常勤医師数 名) ・ 小児科医 名 (うち非常勤医師数 名)			
分娩の取扱の有無 ※「有」の場合は、昨年度の取扱件数及び申告対象年度を記載してください。 ※「無」の場合で過去の取扱実績等があればそれについて記載してください。	☐ 有 (分娩取扱件数) (件) ※対象 年度分 ☐ 無 過去の取扱実績 (直近 5 年間)			

※ 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。

産後ケア事業実施の基本計画書

1 応募概要

実施施設 名称 (仮称でも可)				
所在地	(〒 —)			
連絡先	電話番号		FAX 番号	
	E-mail	@		
施設管理者 職名・氏名				
事業責任者 職名・氏名				
応募動機				
産後ケア事業 実施方針 ※ 応募する事業の実 施方針を簡潔に記 載してください。 ※ 宿泊型・宿泊型の 両方を実施する場 合はそれぞれにつ いて記載してくだ さい。	宿泊型 ※			
	通所型 ※			
<u>受け入れ可能な 利用対象者</u>	受け入れ可能な母子について、以下のいずれかを選択☑してください。 ☐ 産後 2 か月まで ・ ☐ 産後 3 か月まで ・ ☐ 産後 4 か月まで ☐ 産後 6 か月まで ・ ☐ 産後 1 年まで			

2 実施施設等概要

最大利用可能 人数	宿 泊 型	1日当たり（最大 ）名											
	通 所 型	1日当たり（最大 ）名											
事業実施施設 概要	造、 階建ての 階部分												
事 業 実 施 室 数 ※ 事業実施予定施設のフロアの建物平面図（A4版）を添付すること。	宿泊型のみに使用する入所室数	室	内訳	・個 室 室 ・多床室 室									
	通所型のみに使用する居室数	室	内訳	・個 室 室 ・多床室 室									
	宿泊型及び通所型に兼用する入所室兼居室数	室	内訳	・個 室 室 ・多床室 室									
設 備 等 状 況 ※ 該当する項目に☑してください。	☐ 授乳コーナー ☐ ベビーベッド ☐ シャワー室 ☐ 沐浴指導設備 ☐ 面会室 ☐ ミルク・オムツ等の販売												
利 用 者 負 担 額 の 支 払 方 法 ※ 該当する項目に☑してください。	☐ 現金払いのみ ☐ 現金又はクレジットカード払い												
そ の 他 ※ 該当する項目に☑してください。	事業利用開始日	☐ いつでも可 ☐ 平日のみ可 ☐ 特定の日は不可（特定の日： ）											
	居 室 の 状 況	☐ 産婦・児の状況に応じて母子同室・別室を選択 ☐ 母子同室 ☐ 母子別室											
	個 室 利 用 費	☐ 無料（本事業に係る利用料を含む） ☐ 有料（本事業に係る利用料とは別に徴収） <u>1日あたり※の利用料 円</u> ※ 1泊2日の利用は2日とカウントしてください。											
	きょうだい児の受入れ	☐ 無条件で可 ☐ 条件付きで可 <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td rowspan="3" style="text-align: center;">条件</td><td style="text-align: center;">人 数</td><td style="text-align: right;">人まで</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">年 齢</td><td style="text-align: right;">歳まで</td></tr> <tr> <td style="text-align: center;">その他</td><td></td></tr> </table> ☐ 不可						条件	人 数	人まで	年 齢	歳まで	その他
条件	人 数	人まで											
	年 齢	歳まで											
	その他												

3 事業実施人員体制

職 員 配 置 計 画	資 格	配置職員数（年平均）		
		宿泊型（日中）	宿泊型（夜間）	通所型
※ 宿泊型（日中）及び通所型は正午、宿泊型（夜間）は午前0時の職員数をそれぞれ記載してください。 ※他の資格がいれば空欄に記載ください。	助 産 師	名	名	名
	保 健 師	名	名	名
	看 護 師	名	名	名
	心 理 士	名	名	名
		名	名	名
		名	名	名
	合 計	名	名	名

4 食事提供体制

食 事 の 提 供 方 法 ※ 該当する項目に☑してください。	☐ 事業所施設が調理を実施し提供 ☐ 事業所施設内テナントの飲食店等から食事を調達し提供 ☐ 事業所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は以下を記入してください。	
	・ 飲食店等名称	
	・ 所 在 地	
	＊ 産後6か月、産後1年まで受け入れ可能な施設のみ記入して下さい。 ☐ 離乳食の提供可（1食あたり 円程度）＊利用希望者から直接徴収 ☐ 離乳食の提供不可 その他（ ）	

5 緊急時の医療体制（助産所の場合のみ）

緊 急 医 療 体 制 ※ 産後ケア事業中の利用者の病変時における対応方法を記載して下さい。		
協 力 医 療 機 関 ※ <u>協定等を締結されている場合は、協定書の写しを添付して下さい。</u>	医 療 機 関 名	
	所 在 地	
	代 表 者 氏 名	