

吹田市産後ケア事業委託事業者実施申請書

令和 年 月 日

吹 田 市 長 様

(申請者)

事業者の所在地

事業者名称

代表者肩書・氏名

吹田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。

- ☐ 宿泊型
- ☐ デイサービス型
- ☐ デイサービス型（短時間）
- ☐ アウトリーチ型

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
------------	---------------------------------

吹田市産後ケア事業委託事業者実施申請にかかる誓約書

令和 年 月 日

吹 田 市 長 様

(申請者)

事業者の所在地

事業者名称

代表者肩書・氏名

吹田市産後ケア事業委託事業者としての実施申請を行うにあたり、吹田市産後ケア事業委託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と相違ないことを誓約します。

事業者概要

[illegible]

※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書

◆について、アウトリーチ型のみ実施する場合、記載不要

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	
最大利用可能人数	宿泊型（ ）名 デイサービス型（ ）名 アウトリーチ型（ ）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 () m ²
		入所室 2 () m ²
		入所室 3 () m ²
		入所室 4 () m ²
		入所室 5 () m ²
	デイサービス型の みに使用する居室 数 () 室	居室 1 () m ²
		居室 2 () m ²
		居室 3 () m ²
	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 () m ²
		入所室兼居室 2 () m ²
		入所室兼居室 3 () m ²
		入所室兼居室 4 () m ²
		入所室兼居室 5 () m ²
入所室兼居室 6 () m ²		
入所室兼居室 7 () m ²		
入所室兼居室 8 () m ²		
◆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○を してください)		・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

協力医療機関

医 療 機 関 名	
所 在 地	
代 表 者 氏 名	

吹田市産後ケア事業の実施にあたり、病変突発時等、緊急時に母子を受け入れてもらうため、上記協力医療機関と連携することを誓約します。

(申請者)

事業者の所在地

事業者名称

代表者肩書・氏名

利用者急変時等の対応にかかる誓約書

令和 年 月 日

吹 田 市 長 様

(申請者)

事業者の所在地

事業者名称

代表者肩書・氏名

吹田市産後ケア事業委託事業者としての実施申請を行うにあたり、吹田市産後ケア事業実施中に利用者の急変等があった場合は、救急車の要請や利用者のかかりつけ医へ相談等の適切な対応を実施することを誓約します。

※アウトリーチ型を実施する場合のみ提出必要。ただし、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を提出する場合は不要。