

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（ 宿泊型 ・ デイサービス型 ）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。

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に相違ないことを誓約します。

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

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

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☑〕	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 心理士 <input type="checkbox"/> 保育士 <input type="checkbox"/> ()	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)		<ul style="list-style-type: none"> ・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