（様式1）

令和6年度 広島市産後ケア事業委託事業者申請書

令和　　　年　　月　　日

広　島　市　長　　様

（申請者）

所在地

事業者名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

広島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

□　宿泊型ケアサービスのみ

□　デイケアサービスのみ

　　　　□　宿泊型ケアサービス及びデイケアサービス

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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）

令和6年度 広島市産後ケア事業委託事業者申請にかかる誓約書

　　　　年　　月　　日

広　島　市　長　　様

（申請者）

事業者の所在地

事業者名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　広島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、広島市産後ケア事業委託事業者募集案内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に相違ないことを誓約します。

（様式3）

　令和6年度 事業者概要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| サービス担当者連絡先 | 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。

　（様式4）

産後ケア事業実施の基本計画書

1　応募概要

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施予定施設名称  （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・デイケア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  ※ | |  | | |
| デイケア型  ※ | |  | | |
| 受け入れ可能な  利用対象者 | 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 | | | | |

※ 本計画書において、宿泊型ケアサービスは「宿泊型」、デイケアサービスは「デイケア型」という。

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 | | | | |
| デイケア型 | 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 | |
| デイケア型のみに  使用する居室数 | | |  | | | 室 | | 内訳 | | ・個　室 | |  | | 室 | |
| ・多床室 | |  | | 室 | |
| 宿泊型及びデイケア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に含む）  　□ 有料（本事業に係る利用料とは別に徴収）  　　 1日あたり※の利用料　　　　　　　　　円  　　 ※ 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 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | 条件 | 人　数 | | | |  | | | | 人まで | |  |
| 年　齢 | | | |  | | | | 歳まで | |
| 費　用 | | | |  | | | | 円／人／日 | |
| その他 | | | |  | | | | | |
| □ 不可 | | | | | | | | | | | | | |

3　事業実施人員体制

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 職員配置計画  ※ 宿泊型（日中)及びデイケア型は正午、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。 | 資　格 | 配置職員数（年平均） | | | | | |
| 宿泊型（日中） | | 宿泊型（夜間） | | デイケア型 | |
| 助産師 |  | 名 |  | 名 |  | 名 |
| 保健師 |  | 名 |  | 名 |  | 名 |
| 看護師 |  | 名 |  | 名 |  | 名 |
| 心理士 |  | 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ください。 |  | |
| 協力医療機関  ※ 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ください。 | 医療機関名 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者氏名 |  |