

令和 年 月 日

大阪市産後ケア事業業務委託事業者申請書

大阪市こども青少年局長 様

(申請者)

所在地

事業者名称

代表者氏名

大阪市産後ケア事業業務委託事業者に応募したいので、次の書類を添付して申請します。

- 大阪市産後ケア事業業務委託事業者申請にかかる誓約書（様式2）
- 事業者概要（様式3）
- 業務実績（様式4）
- 事業実施の基本計画書（様式5）
- 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（助産所対象 様式6）
- 事業実施施設の平面図（任意様式）
- 医療法における病院、診療所、助産所の届出等の写し
- 損害賠償保険証書等の写し

担当者連絡先	担当部署
	電話番号
	担当者氏名
	E-mail

令和 年 月 日

大阪市産後ケア事業業務委託事業者誓約書

大阪市こども青少年局長 様

(申請者)

所在地

事業者名称

代表者氏名

大阪市産後ケア事業業務委託事業者への応募申請を行うにあたり、募集要項に定める応募資格を全て満たしており、申請書類の内容について事実と相違ないことを誓約します。

- 宗教活動や政治活動を目的とした団体ではない。
- 納税義務者にあつては、国税及び市税の未納がない。
- 公共の福祉に反する活動をしていない。
- 破産者で復権を得ない者ではない。
- 暴対法第2条第6号に規定する暴力団員または大阪市暴力団排除条例第2条第3号に規定する暴力団密接関係者ではない。
- 民事再生法、会社更生法の適用を申請していない。
- 役員に次の各号に該当する者がいない。

①破産者で復権を得ない者

②暴対法第2条第6号に規定する暴力団員または大阪市暴力団排除条例第2条第3号に規定する暴力団密接関係者

③禁錮以上の刑に処せられ^{*}、その執行を終わり又は執行を受けることがなくなった日から2年を経過しない者

※令和7年6月1日以降は、拘禁刑以上の刑に処せられた者とする。ただし、この場合において改正前の刑法において禁錮以上の刑に処せられた場合は、なお従前の例による。（「刑法等の一部を改正する法律」令和7年6月1日施行）

④公務員で懲戒免職の処分を受け、その処分の日から2年を経過しない者

令和 年 月 日

事業者概要

事業者名			
区分	医療機関（産科・産婦人科 / 小児科） 助産所		
施設所在地 ※ホームページ表示用	〒 -)		
代表者名			
設立年月日			
連絡先	電話		FAX
産科・婦人科・小児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 0 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、昨年度の取り扱い件数。無の場合、過去の取り扱いがあれば、それについて記載 ※小児科の場合、昨年度の小児科入院件数	分娩の取り扱い 有（昨年度件数： 件） 無（過去の実績： ） 小児科入院（昨年度件数： 件）		

※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

年 月 日

業務実績

事業者名				
事業名（業務名）				
当該事業の実施時期	令和 年 月 日 ～ 現在			
実施場所				
事業内容				
年間利用者数 （参加者数）	実人数	人	延人数	人

※本様式には、助産師、保健師、看護師の専門資格を有する者が、事業者施設で母乳育児相談や乳房手当を実施したもの等、仕様書に定める業務内容についての実績を記載してください。

※事業者以外の実績については、事業内容の欄に（参考）として記載してください。

産後ケア事業実施基本計画書

■基本情報について

施設名称 (ホームページ等表示用)			
実施施設住所 (ホームページ等表示用)			
施設までのアクセス方法 (ホームページ等表示用)			
電話番号 (ホームページ等表示用)			
施設管理者			
事業責任者			
応募動機及び実施方針			
サービス実施内容	<input type="checkbox"/> ショートステイ	<input type="checkbox"/> デイケア	<input type="checkbox"/> アウトリーチ
受入可能な月齢 (ホームページ等表示用)	産後 か月～ か月未満	産後 か月～ か月未満	産後 か月～ か月未満
1日の受入可能な人数	人	人	人
施設全体の1日の受入可能な人数 (ショートステイ・デイケアの1日の最大受入人数)	人		
居室の種類 (ホームページ等表示用)	個室のみ / 総室のみ 個室又は総室	個室のみ / 総室のみ 個室又は総室	
対応地域 (ホームページ等表示用)			市全域 / 近隣区
定休日 (ホームページ等表示用)			
備考			

■施設情報 ※アウトリーチのみ実施する場合、記載不要

施設概要		造	階建ての	階部分	病棟
入所室（病室）・居室 【母子1組あたり床面積6.3㎡以上】 ※実施施設の建物平面図を添付してください。		1 () m ²	ショートステイ デイケア	2 () m ²	ショートステイ デイケア
		3 () m ²	ショートステイ デイケア	4 () m ²	ショートステイ デイケア
		5 () m ²	ショートステイ デイケア	6 () m ²	ショートステイ デイケア
		7 () m ²	ショートステイ デイケア	8 () m ²	ショートステイ デイケア
		9 () m ²	ショートステイ デイケア	10 () m ²	ショートステイ デイケア
		11 () m ²	ショートステイ デイケア	12 () m ²	ショートステイ デイケア
		13 () m ²	ショートステイ デイケア	14 () m ²	ショートステイ デイケア
設備	必須設備	(該当するものに○をしてください) 授乳スペース / 人数分ベッド(大人用・小児用) / 体重測定場所 / 入浴施設 / 沐浴指導施設 / 避難経路			
	入浴施設(必須) (ホームページ等表示用)	(該当するものに○をしてください) シャワー室 / 浴室(浴槽あり)			
	任意設備 (一部ホームページ等表示用)	(該当するものに○をしてください) ほふく室(キッズスペース) / 冷蔵庫 / 空調設備 非常口 / 火災報知設備 / 防災物品 / その他 ()			
哺乳瓶の提供		可 / 不可			
粉ミルク、紙オムツ、産褥パットの提供(必須)		可 / 不可			
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			
離乳食の提供 ※生後5か月以上の乳児を受入れる場合		可 / 不可			
食事のアレルギー対応 (ホームページ等表示用)	大人用	可 / 不可 / 一部可(要相談)			
	乳児用	可 / 不可 / 一部可(要相談)			
飲食店等の店舗の名称及び所在地 (施設内外の飲食店等から食事を調達する場合)		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					

■実施体制

職員の配置計画	人数	勤務体制
助産師	人	3交代制 / 2交代制 / 日勤のみ / その他 ()
保健師	人	3交代制 / 2交代制 / 日勤のみ / その他 ()
看護師	人	3交代制 / 2交代制 / 日勤のみ / その他 ()
心理士	人	3交代制 / 2交代制 / 日勤のみ / その他 ()
合計人数	人	

■事務管理 ※実施、又は実施予定の項目にチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/>	従事者は定期健康診断を実施している
<input type="checkbox"/>	苦情処理を適切に実施している
<input type="checkbox"/>	個人情報適切に管理している
<input type="checkbox"/>	会計書類を適切に文書管理している
<input type="checkbox"/>	人事労務関係書類を適切に保管している
<input type="checkbox"/>	事業実施マニュアルや安全管理マニュアルがある

■その他参考

業務委託内容外の提供サービス	(施設独自でのサービス提供している場合、別途、利用者からサービス料を徴収してください。 無 ・ 有 内容・料金等 ()	
子の兄姉の同伴受入	(1歳を超える子は、産後ケア対象ではなく、施設独自での受入・サービス提供となります。利用料や食事代は別途、利用者から徴収してください。) 可 / 不可 / 一部可 (要相談) 本市ホームページへの掲載 可 / 不可	
多胎児の受入	ショートステイ 可 / 不可	デイケア 可 / 不可
	本市ホームページへの掲載 可 / 不可	
利用料の支払い方法 (ホームページ等表示用)	現金のみ / クレジットカード利用可 / その他方法 ()	

令和 年 月 日

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、大阪市産後ケア事業を開始後は、緊急時の対応に協力いたします。

令和 年 月 日

(協力医療機関)

医療機関名

代表者氏名

(印)

令和 年 月 日

大阪市産後ケア事業業務委託内容変更申請書

大阪市子ども青少年局長 様

(申請者)

所在地

事業者名称

代表者氏名

大阪市産後ケア事業業務委託において、次のとおり変更します。

変更予定日

変更内容

担当者連絡先

担当部署

電話番号

担当者氏名

E-mail

大阪市産後ケア事業業務委託契約更新申請書

様式8

令和 年 月 日

大阪市こども青少年局長様

(所在地)

(事業者名称)

(代表者氏名)

大阪市産後ケア事業委託事業者募集要項に基づき、大阪市産後ケア事業業務委託契約の更新を申請します。

1 令和8年度産後ケア事業内容について、変更はありますか。以下の表にご記載ください。

令和7年度受託サービス内容				令和8年度のサービス内容	
サービス種類	対象月齢	受入れ人員	1日の最大受入れ人員	変更の有無	
<input type="checkbox"/> ショートステイ	か月 ~ か月*			<input type="checkbox"/> 変更なし	<input type="checkbox"/> 変更あり
<input type="checkbox"/> デイケア	か月 ~ か月*			<input type="checkbox"/> 変更なし	<input type="checkbox"/> 変更あり
<input type="checkbox"/> アウトリーチ	か月 ~ か月*			<input type="checkbox"/> 変更なし	<input type="checkbox"/> 変更あり

※未満



※契約期間内の申請内容と変更がある場合は、「業務委託内容変更確認書(様式7)」及び「基本計画書(様式5)」の提出が必要です。

2 契約にあたり、確認が必要な内容になります。以下の設問に、ご記載ください。

1. 業務内容

ショートステイ・デイケア施設の方		
① 入所室及び居室の床面積が母子1組あたり6.3m ² 以上の部屋が確保できる	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
② 入所時間は10時、退所時間は19時で対応できる	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
③ ショートステイ(1泊2日)は5食、デイケア(1日)は2食の提供をできる	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
④ 5か月以上の乳児を受入れる場合(離乳食を開始している場合)は、離乳食の提供ができる	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
アウトリーチの方		
⑤ 1回概ね2時間、最大3時間で対応できる	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可

2 実施体制

職員の配置計画	人数	勤務体制		
助産師	人	<input type="checkbox"/> 3交代制	<input type="checkbox"/> 2交代制	<input type="checkbox"/> 日勤のみ <input type="checkbox"/> その他()
保健師	人	<input type="checkbox"/> 3交代制	<input type="checkbox"/> 2交代制	<input type="checkbox"/> 日勤のみ <input type="checkbox"/> その他()
看護師	人	<input type="checkbox"/> 3交代制	<input type="checkbox"/> 2交代制	<input type="checkbox"/> 日勤のみ <input type="checkbox"/> その他()
心理士	人	<input type="checkbox"/> 3交代制	<input type="checkbox"/> 2交代制	<input type="checkbox"/> 日勤のみ <input type="checkbox"/> その他()
合計人数	人			

備考

裏面も必ず記載してください

① 従事者の年1回以上の定期健康診断の結果を把握している	<input type="checkbox"/> 把握	<input type="checkbox"/> 未把握
② 事業者が医療機関以外の場合は、協力医療機関に継続協力の実施を確認している	確認日 令和 年 月 日	

3. 事業実施に関する事項

業務の質の向上・担保	業務実施のマニュアル等を整備し、従事者への研修を実施している	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 未実施
事故等の報告や対応	損害賠償保険の継続加入の手続きをしている	<input type="checkbox"/> 実施	<input type="checkbox"/> 未実施
	重大事案発生時やヒアリ・ハット事例等(重大事案以外のアクシデント含む)を速やかにこども青少年局に報告できる	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
安全管理	「事業所が策定したマニュアル」かつ「大阪市産後ケア事業に係る安全に関するマニュアル」を遵守する	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
個人情報等の適切な管理	利用者情報を適切に管理する ※目的外利用しない、適切な場所への保管等	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可
	契約書、会計関係書類、人事労務関係書類、利用者関係書類等を適切に保管する	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可

4. その他

ショートステイ・デイケア施設の方は、「大阪市の最終実地調査日(訪問日)」を記載してください	令和 年 月 日
ショートステイ・デイケア施設の方、兄弟の受け入れができる	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
兄弟の受け入れ状況を本市ホームページに掲載してよいか	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
ショートステイ・デイケア施設の方、多胎の受け入れができる	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
多胎の受け入れ状況を本市ホームページに掲載してよいか	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
記載内容についての問い合わせ先をご記載ください	TEL 担当者