

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 (任意)
- 損害賠償保険証書等の写し (任意)

担当者連絡先	担当部署
	電話番号
	担当者氏名
	E-mail

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

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

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 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	年 月 日 ~ 年 月 日			
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、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。

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)	(利用者からの利用申込みの受付電話番号を記入してください。電話以外の受付方法がある場合も記入してください。)		
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 (ホームページ等表示用)	(居室の種類や対応地域についての備考のほか、利用者へ事前周知したい事項を記載してください)		

■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		可 / 不可			
食事のアレルギー対応 (ホームページ等表示用)		可 (大人用・小児用) / 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"/>	個人情報を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。 有 内容・料金等 ()
子の兄弟の同伴受入	(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)
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 ()

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。

年 月 日

(協力医療機関)

医療機関名

代表者氏名

(印)

年 月 日

大阪市産後ケア事業業務委託内容変更確認書

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において、次のとおり変更します。

変更日

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

年 月 日

大阪市産後ケア事業業務委託契約更新確認書

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。

・事業実施の基本計画書（様式5）の変更 有 ・ 無

※変更がある場合は、事業実施の基本計画書（募集要項様式5）の提出が必要です。

・病院・診療所の事業者は、
医療法第25条第1項の規定に基づく立入検査 受けている ・ 受けていない

立入検査を受けている場合、直近の検査を受けた日 （ 年 月 日）

適合 ・ 不適合

・助産所の事業者は、大阪市の実地調査を受けた日 （ 年 月 日）

担当者連絡先	担当部署
	電話番号
	担当者氏名
	E-mail