

(様式2)

## 産後ケア事業実施の基本計画書

### 1 応募概要

事業者名			
所在地	(〒      -      )		
連絡先	電話番号		FAX 番号
	E-mail		
施設管理者 職名・氏名			
設立年月日	西暦      年      月      日		
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・通所型・訪問 型それぞれについて 記載してください。	宿泊型		
	通所型		
	訪問型	<訪問エリア> □門司   □小倉北   □小倉南   □若松 □八幡東   □八幡西   □戸畑   □北九州市全域	

## 2 実施施設等概要(宿泊型 通所型 通所型(短時間))

最大利用可能人数	宿 泊 型	1日当たり( 最大 )組									
	通 所 型	1日当たり( 最大 )組									
	通 所 型 ( 短 時 間 )	1日当たり( 最大 )組									
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	m <sup>2</sup>								
	通所型のみに使用する入所室数	室	m <sup>2</sup>								
	宿泊型及び通所型に兼用する入所室数	室	m <sup>2</sup>								
設備等状況  ※該当する項目に☑してください。 ① ② ⑤ は 共 用 可	(宿泊型・通所型) <input type="checkbox"/> ①カウンセリング室 <input type="checkbox"/> ②乳児保育室 <input type="checkbox"/> ③沐浴指導設備 (宿泊型) <input type="checkbox"/> ④入浴施設(シャワー室) <input type="checkbox"/> ⑤体操等を行う多目的室										
きょうだい児の受入れ  ※該当する項目に☑してください。	<input type="checkbox"/> 無条件で可 <input type="checkbox"/> 条件付きで可										
	<table border="1" style="border-style: dotted; width: 100%;"> <tr> <td rowspan="4" style="text-align: center; vertical-align: middle;">条件</td> <td style="text-align: center;">人数</td> <td style="text-align: center;">人まで</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">年齢</td> <td style="text-align: center;">歳まで</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">費用</td> <td style="text-align: center;">円/人/日</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">その他</td> <td></td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> 不可			条件	人数	人まで	年齢	歳まで	費用	円/人/日	その他
条件	人数	人まで									
	年齢	歳まで									
	費用	円/人/日									
	その他										

## 4 食事提供体制(宿泊型・通所型)

食事の提供方法  ※該当する項目に☑してください。	<input type="checkbox"/> 事業所施設が調理を実施し提供 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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。	
	・飲食店名称	
	・所在地	
食事提供に対する考え方(アレルギー対策、食中毒予防を		

含む)	
-----	--

## 5 利用料について

利用者負担額の 支払い方法及び 交通費・キャンセル 料 ※該当する項目に☑し てください。	<input type="checkbox"/> 現金払い  <input type="checkbox"/> クレジットカード払い  <input type="checkbox"/> キャッシュレス決済
	交通費の考え方(居宅訪問型を実施する場合のみ)
	キャンセル料の考え方

## 6 職員配置について

産後ケア事業提供に係る従事者	医師： 人 助産師： 人 看護師： 人 保健師： 人 その他： 人(職種 )			
	氏 名	資格又は職種	勤務形態	担当する業務内容
事業責任者				
従事者名 (※)				
職員人材育成 (研修等)				

※勤務形態は、職員・パート・アルバイトの別を記載ください

※業務スタッフの名簿は別紙でも可です。

## 7 安全方針・個人情報保護体制

事故予防・乳幼児突然死症候群（SIDS）予防の取組	
賠償保険への加入	
感染予防の取組	
個人情報保護体制	

・基本指針やマニュアル等が別途あれば添付してください。

## 8 緊急時の医療体制(医療法人以外記載)

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	