令和　年　月　日

**令和７年度宇土市産後ケア事業応募申請書**

宇土市長 様

所在地：

事業所名：

代表者：

宇土市産後ケア事業委託について、次のとおり応募申請します。

**１　事業所の概要**

|  |  |
| --- | --- |
| **事業所名** |  |
| **所在地** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **事業担当者　所属** |  | | | | | 直通  連絡先 | | | TEL | | | | |
| FAX | | | | |
| **事業管理者　役職** |  | | | | | | | | | | | | |
| **連携体制にある医療機関** |  | | | | | | | | | | | | |
| **保険加入について** | 本事業に対応できる損害保険に加入していますか。  　□　はい　　　　加入保険名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　□　いいえ　→　□　後日、事業実施前に加入します。 | | | | | | | | | | | | |
| **実施するサービス種別**  **※実施するサービス種別に〇をつけてください** | １　宿泊型 | | ２　デイケア  　　（短時間型） | | | | ３　デイケア  　（長時間型） | | | | | ４　訪問型 | |
| **受入れ可能な乳児の年齢** | 生後（　　　　）か月  まで | | 生後（　　　　）か月  まで | | | | 生後（　　　　）か月  まで | | | | | 生後（　　　　）か月  まで | |
| **死産や流産を経験した方の受け入れ可否（非公開）** | 可　　・　否 | | | | | | | | | | | | |
| **e-mailアドレス** | □今後宇土市からの連絡はメールでも可 | | | | | | | | | | | | |
| **事業を実施する者**  **（該当するものに〇を選択）** | 助産師 |  | | 保健師 |  | | | 看護師 | |  | その他※ | |  |
| ※**その他に〇の場合の職種** | | | | | | | | | | | | |
| **ベッド数**  （宿泊型、デイケアの場合） | [　　　　　]床　　※空床利用の場合は、おおよその利用可能数をご記入ください | | | | | | | | | | | | |

**２　産後ケア利用者向け情報**

※利用者に周知したい内容を記載してください。記載された内容は、宇土市ホームページにて公開します。

|  |  |
| --- | --- |
| **予約について** | （例：ショートステイは利用希望日の〇日前までにご予約ください、など） |
| **特記事項**  ※利用料金以外で必要な費用が発生する場合は記載ください。 | （例：ケアの内容によっては別途料金がかかります、など） |
| **サービス内容** | （例：休息がとれるよう一時的に別室で赤ちゃんをお預かりします。理学療法士のケアが受けられます、など） |
| **同伴等利用希望への対応** | １　母親のみの利用　　　　　可　・　不可　・　要相談  ２　父親、兄姉等の同伴　　　可　・　不可　・　要相談 |
| **その他記載希望内容** | （例：当日の食事や、ミルク、育児用品等は各自ご準備ください。詳細は○○のホームページ、Instagramにてご確認ください、など） |

（添付書類）

　・実施場所の写真・図面等（事業に使用する居室及び必要な設備等を確認できるもの。）

　　※事業者概要及び事業内容がわかるパンフレットやホームページ資料でも可。

　・賠償責任保険証書等の写し（未加入の場合、事業実施前に加入し、提出）