

様式第1号

町と初めて委託契約を希望する場合は【新規】

令和7年度に町と委託契約をして、継続を希望する場合は【更新】

令和8年度 杉戸町産後ケア事業者登録申請書【新規・更新・変更】

令和8年3月××日

杉戸町長あて

申請者 杉太郎
事業者名 すぎびょんクリニック
所在地 杉戸町大字堤根 4745 番地 1
代表者氏名 杉太郎

標記について、募集要項に基づき申請します。

記

Table with 2 columns: 実施事業所 (Implementation Business Office) and サービスの種類 受入れ対象月齢 (Service Type and Acceptance Target Age). Includes details like name (すぎびょんクリニック), address, phone numbers, and service types (宿泊型, アウトリーチ型, デイサービス型).

※1 受け入れ対象月齢...出産後1年未満の産婦とその子を対象としていますが、施設の構造上等で受け入れできない場合、詳細を記入してください。

【誓約事項】

以下のことを確認し☑をしてください。なお、いずれかの項目に該当しない場合は申請できません。また、契約締結後に虚偽と判明した場合は、直ちに契約を解除します。

- ☑募集要項に記載の応募資格及び事業者の要件を全て満たしている。
☑実施するサービスについて、仕様書等に記載された内容に沿って実施することができる。
☑事業者の情報は、利用者やウェブサイト上等に公開することを了承する。

Table with 7 columns: 別途徴収するもの (Separately collected items), 母乳マッサージ (Breast massage), 多胎 (Multiple pregnancy), 4か月以降の児の利用 (Use of children over 4 months), 対応の可否 (Response possible), 兄弟の利用 (Siblings' use), 流産等 (Miscarriage, etc.). Rows include 記入例 (Example), 宿泊型 (Lodging type), アウトリーチ型 (Outreach type), and デイサービス型 (Day service type).

※2 流産・死産等を対応可能とする場合は、他の妊産婦や乳児等に会わないようにする、乳児の泣き声が聞こえない環境づくり及び、乳児をイメージするものは視界に入らないようにするなどの適切な配慮が出来ることが前提になります。

添付書類

新規登録時に必要...【新】
更新時に必要...【更】

- ① 杉戸町産後ケア事業者登録申請書(様式第1号)【新・更】
② 事業所のご案内(様式第2号)【新・更】
③ 事業者の安全管理マニュアル【新・更】
④ 事業所代表の顔写真付き身分証明書【新・更】
⑤ 産後ケアを実施する助産師等免許証【新】
⑥ 助産所開設届【新】
⑦ (町内事業者)納税証明書【新・更】
⑧ (訪問型)運転免許証【新・更】

※④～⑦については助産所(個人事業主)に限る。

様式第 2 号

※この用紙は、利用者に案内する際に使用するため、利用者が分かりやすいように正確にご記入ください。

【事業所のご案内】

事業の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 宿泊型 ・ アウトリーチ(訪問)型 ・ <input checked="" type="checkbox"/> デイサービス(通所)型
施設名	すぎぴょん <input checked="" type="checkbox"/> クリニック ・ 病院 ・ 助産所
所在地	杉戸町大字堤根 4745 番地 1
産後ケアについての問い合わせ電話番号	<input checked="" type="checkbox"/> 利用者に公表可能な番号 (0480) - 34 - 1188 <input checked="" type="checkbox"/> 町担当者から連絡する場合の番号 <input checked="" type="checkbox"/> 利用者に公表可能番号と同じ <input type="checkbox"/> 上記以外 () - - <input checked="" type="checkbox"/> 事業所担当課・者(※利用者には非公開) (医事 部 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 課) 係 担当者名: 杉 花子

必要事項を記入及び該当項目に丸(O)やを付けてください。

【詳細】

時間	<input checked="" type="checkbox"/> 宿泊型・・・ 初 日: 10 時 00 分 までに来所して下さい。 最終日: 16 時 00 分 までに退所して下さい。 <input checked="" type="checkbox"/> デイサービス(通所)型・・・ 9 時 30 分 に来所し、 16 時 00 分 までに退所して下さい。 ※6 時間以上で設定してください <input checked="" type="checkbox"/> アウトリーチ(訪問)型・・・ (訪問可能な曜日・時間帯 月曜日～木曜日 10時～16時)
利用者の持ち物	こども: <input checked="" type="checkbox"/> ミルク 哺乳瓶 乳首 おむつ おしりふき こどもの着替え 抱っこ紐 ベビーカー <input checked="" type="checkbox"/> 使い慣れたおもちゃ その他() 保護者: <input checked="" type="checkbox"/> 母子健康手帳 健康保険証 こども医療費受給者証 タオル バスタオル <input checked="" type="checkbox"/> 洗面用具 着替え 寝衣 ナフキン <input checked="" type="checkbox"/> スリッパ(室内履き) シャンプー トリートメント ボディソープ ハンドソープ その他(滞在中は外出不可のため、外泊・外出で必要と思う物) ※アウトリーチ(訪問)型の場合は、訪問時に利用者が準備する必要がある物
費用	<input checked="" type="checkbox"/> 利用者負担額とは別にかかる費用 (<input checked="" type="checkbox"/> あり ・ なし) 【あり】の場合 <input checked="" type="checkbox"/> 食費 産 婦:1 食につき 1,500 円 離乳食:1 食につき 1,000 円 <input checked="" type="checkbox"/> きょうだい:1 回につき 10,000 円 (食費込み ・ <u>食費別</u>) ↳ 1 食につき 1,000 円 <input checked="" type="checkbox"/> キャンセル料: 1,500～6,000 円 キャンセル料が発生する条件 デイサービス(通所)型・宿泊型は当日キャンセルの場合、食費分が発生。 デイサービス(通所)型:1,500×1 食=1,500 円 宿泊型:1,500 円×4 食=6,000 円 <input checked="" type="checkbox"/> その他 費用の種類・金額等を記入 リネン代 1 日 500 円。1 泊 2 日の場合は 500 円×2 日=1,000 円

利用者負担額以外にかかる実費分の取り扱いは、町から利用者へ情報提供はしますが、詳細は事業所と利用者で直接やりとりをしていただきます。利用者が納得して選択できるよう正確に明記してください。

