第 3号様式

産後ケア事業実施基本計画書

1　施設基本情報

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名称 |  |
| 施設住所 |  |

2 管理者および責任者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 氏名 | 資格又は職種 | 所属・役職 |
| 施設管理者 |  |  |  |
| 宿泊型実施責任者 |  |  |  |
| 通所型実施責任者 |  |  |  |
| 訪問型実施責任者 |  |  |  |

（助産所の場合のみ記入）

|  |  |
| --- | --- |
| 嘱託医師名 |  |
| 所属医療機関名 |  |
| 連携医療機関名 |  |

3 産後ケア事業調整の連絡先（保健センターから連絡する場合）

|  |  |
| --- | --- |
| 担当者・部署等 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 対応可能曜日 | □月曜日　□火曜日　□水曜日　□木曜日　□金曜日 |
| 対応可能時間 |  |

4 産後ケア事業の従事者（従事可能な職員数を記入）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職種 | 宿泊型・通所型 | 訪問型 |
| 助産師 ※ | 人 | 人 |
| 看護師 | 人 |  |
| 保健師 | 人 |  |
| 心理士 | 人 |  |

※産後ケア実施時間内に、本事業に従事できる助産師1名以上の配置が必須

5 産後ケア事業の受入可能な対象者（※本事業の委託料内で実施）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 宿泊型 | 通所型 | 訪問型 |
| 児の月齢 | □０～４か月未満□０～１歳未満 | □０～４か月未満□０～１歳未満 | □０～４か月未満□０～１歳未満 |
| 多胎児の受入 | □可　　　□不可 | □可　　　□不可 | □可　　　□不可 |
| 母のみの利用 | □可　　　□不可 | □可　　　□不可 | □可　　　□不可 |

6 施設情報　（宿泊型・通所型実施施設）

|  |  |
| --- | --- |
| 産後ケア事業で利用可能な居室　　（病室）の最大数※母子１組当たり6.3㎡以上の個室 | 　　　　　　　　　　　　　　　室 |
| 入浴設備　 | □シャワー室　　　□浴室（浴槽あり）　　□無 |
| その他設備 | □ベビーベッド　　□沐浴指導設備□授乳スペース　　□児の体重測定場所 |
| 本事業で使用できる駐車場 | □有　　　　　　　□無 |
| 備考（利用者へ事前周知したい事項等） |  |

7 対応地域　（訪問型実施施設）

|  |  |
| --- | --- |
| 訪問可能な範囲 | □　名古屋市内　全域□　名古屋市内　一部地域　 |

8　その他

【本事業の実施内容対象外の対象者の受入について】（※本事業の委託料金外で実施）

　※本事業では、サービス内容や対象者について、委託料金外での実施はできません。ただし、入所される子の上のお子さんが一緒に入所希望の場合に限り、本事業の委託料金外でご利用者から料金を徴収し、受入れをすることができます。

〇入所される子の上のお子さんが一緒に入所希望の場合、受け入れの可否とお一人あたりの料金をご記載ください。

（受入れの可否）　□　可能　　　□　不可能

（受入れ可の場合の料金）・宿泊　　　　　　円（1日（※）あたり）　　・通所　　　　　　円

（備考）

※ 宿泊における「1日」の考え方が本事業における定義（0～24時と異なる場合は、備考欄に詳細をご記入ください