

様式 1

令和 7 年 (2025 年) 月 日

(宛先) 札幌市長

(申請者) 事業者名
所在地
代表者氏名

医療法人札幌会 子ども未来病院
札幌市中央区南 1 条東 1 丁目
理事長 ○○ □□

札幌市産後ケア事業委託事業実施申請書兼誓約書

札幌市産後ケア事業の委託事業者に応募したいので、下記の通り申請します。
なお、申請を行うにあたり、「札幌市産後ケア事業募集要項」に適合していること、および提出した資料について事実と相違ないことを誓約します。

1 実施施設

(名 称) 医療法人札幌会 子ども未来病院
(所在地) 札幌市中央区南 1 条東 1 丁目
(事業責任者氏名) 事務局長 △△ ■■

2 実施するサービス（種別）

- 宿泊型産後ケア
日帰り型産後ケア

3 添付書類

- (1) 事業者の概要（様式 2）
(2) 産後ケア事業実施計画書（様式 3）
(3) 損害賠償（保険加入または積立金）の加入が確認できる書面
※すでに加入している場合に限る

様式2

事業者概要

「札幌市産後ケア事業実施
申請書兼誓約書」(様式1)の
「申請者」と同じ

事業者名	医療法人札幌会 子ども未来病院		
事業者の所在地	(〒060-0051) 札幌市中央区南1条東1丁目		
代表者の肩書・氏名	理事長 ○○ □□		
設立年月日	2020年 1月 1日		
担当連絡先	電話番号	(011-211-2785)	FAX番号
	メールアドレス	sapporo-sangocare@city.sapporo.jp	
施設での分娩の取り扱いの有無 ※昨年度の取り扱い件数を記載してください。	有 (300) 件 無 過去の取り扱い実績等 () 件		

※法人が開設している場合、代表者の肩書・氏名については法人の代表者を記載すること。

様式3

産後ケア事業実施計画書

「札幌市産後ケア事業実
施申請書兼誓約書」(様式
1)の「1 実施施設」と同じ

実施施設名称	医療法人札幌会 子ども未来病院
実施施設の所在地	札幌市中央区南1条東1丁目
施設管理者	院長 ●● □□
事業責任者	事務局長 △△ ■■

実施方針 (想定する事業の流れ) 別紙「従事者の勤務体制」に沿って記載してください。	(受付～前日まで)	
	・予約受付し、助産師が利用者に対してヒアリングを行う。	
	(当日) 日帰り型の場合 (11時～15時)	
	・11時来所。受付は病棟の窓口で対応。助産師Aが産婦へオリエンテーションを行う。	
	・12時頃、昼食。	
	・13時、助産師Aが産婦への聞き取りを行い、ケアプランを決定。	
	・13時半より、助産師Bが指導	
	・授乳の確認・指導、体重測定。	
	・児のとかかわり方	
	・母の疑問点の確認	
・15時 医事課にて支払い、帰宅		
(当日) 宿泊型の場合 (11時～翌15時)		
・11時来所受付は病棟の窓口で対応。助産師Aが産婦へオリエンテーションを行う。		
・12時頃、昼食。		
・13時、助産師Aが産婦への聞き取りを行い、ケアプランを決定。		
・13時半 助産師Bが指導		
・授乳の確認・指導、体重測定。		
・15時 母の休息 希望時は一時的に児を預かる。児を預かる際は助産師Bが別室で対応		
・16時 助産師Bが沐浴指導		
・19時 夕食		
・20時 助産師Cが夜間対応について母に確認。 夜間の授乳状況を確認・指導		
・7時 朝食 助産師Cが授乳状況を確認		
・10時 助産師Dが指導		
・児とのかかわり方		
・12時 昼食		
・14時 助産師Dが母の疑問点等確認		
・15時 医事課にて支払い、帰宅		
(後日)		
17 実施後は助産師により実施報告書を作成		
18 翌月15日までに医事課により実績報告書、請求書を作成。		
1か月あたりの受入見込件数	(20) 件 (泊・回) /月	
事業実施施設概要	木造、3階建ての2階部分	
入所室数 または 居室	宿泊型のみに使用する入所室数	個室 (1) 室
		多床室 (2) 床 (1) 室
	日帰り型のみに使用する居室数	個室 (1) 室

	多床室 (4) 床 (1) 室
宿泊型及び日帰り型に兼用する入所室兼居室	個室 (2) 室 多床室 (4) 床 (2) 室
設 備 〔現在整備されて いるものに○〕	授乳コーナー・ベビーベッド・シャワー室・沐浴指導設備・冷蔵庫・ 電子レンジ・ポット・Wi-Fi・非常口(避難経路)・火災報知設備
利用者に提供できる備品リスト (追加料金を取らずに提供できるものに○)	紙おむつ・ミルク・哺乳瓶・ベビー服・おしりふき・パジャマ・ ナプキン・食器類・シャンプー、リンス・石鹼・バスタオル、洗面タオル ※別途料金が発生するものは下記に備品等と金額をご記入ください。 〔・紙おむつ1枚：円・ナプキン：円 ・バスタオル1枚：円・洗面タオル1枚：円〕
自己負担金の 支払い方法 〔利用できる ものに○〕	・現金 ・クレジットカード ・利用可能なスマート決済アプリ(paypay、楽天pay・・・etc)
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
調理(調達)から 食事までの時間	(1) 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 について	飛沫等が入らないようにラップ等をする。 温度、湿度管理をする。 ・ ・ ・

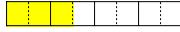
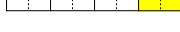
追加オプション
サービスについて
(該当するものに
○を
してください)

- ・個室代 (差額ベッド代) 3,000円 (利用者自ら個室を希望した場合のみ)
- ・ベビーマッサージ
- ・その他

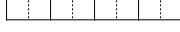
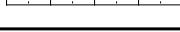


様式3 別紙「従事者の勤務体制」

※【札幌市産後ケア事業 委託事業者募集要項】「4 実施要件・応募資格（6）」の記載通り、24時間体制で隙間なく従事できるよう配置すること。

【日帰り型】	
	11:00 12:00 13:00 14:00 15:00
(助産師) A <日勤>	
(助産師) B <日勤>	
(保健師) C <日勤>	

例①

【宿泊型】	
	11:00 12:00 13:00 14:00 15:00 16:00 17:00 18:00 19:00 20:00 21:00 22:00 23:00 0:00 1:00 2:00 3:00 4:00 5:00 6:00 7:00 8:00 9:00 10:00 11:00 12:00 13:00 14:00 15:00
(助産師) A <日勤>	
(助産師) B <夜勤>	
(看護師) C <夜勤>	
(助産師) D <日勤>	

例②

【宿泊型】	
	11:00 12:00 13:00 14:00 15:00 16:00 17:00 18:00 19:00 20:00 21:00 22:00 23:00 0:00 1:00 2:00 3:00 4:00 5:00 6:00 7:00 8:00 9:00 10:00 11:00 12:00 13:00 14:00 15:00
(助産師) A <日勤>	
(助産師) B <夜勤>	
(看護師) C <夜勤>	
(助産師) D <日勤>	