

京都市スマイルママ・ホッと事業実施事業所指定申請書

年 月 日

(宛先) 京都市長

所在地
名称
代表者
電話番号

京都市スマイルママ・ホッと事業実施要綱第3条第2項の規程により、京都市スマイルママ・ホッと事業実施事業所の指定について申請します。

指定希望日		年 月 日													
施設情報	☐ 病院、診療所（診療科： ） （分娩取扱い： あり ・ なし ） ☐ 助産所（分娩取扱い： あり ・ なし ） ☐ 上記以外の施設（施設種別： ）														
	名称														
	所在地														
	実施希望		1 か月 未満	2 か月 未満	3 か月 未満	4 か月 未満	5 か月 未満	6 か月 未満	7 か月 未満	8 か月 未満	9 か月 未満	10 か月 未満	11 か月 未満	12 か月 未満	
		SS													
		DC													
※ SS：ショートステイ / DC：デイケア ※ 対応可能な月齢に○をつけてください															
構造設備	敷地面積	平方メートル													
	建物	建築面積	平方メートル												
		延べ面積	平方メートル (うち、本事業実施区画の面積 平方メートル)												
		構造	造 階 棟												
		建築年数	年 (耐震工事 年に済み)												
	居室 (客室)	居室数 (客室数)	室 (うち、本事業利用者の居室 室)												
	本事業利用者の居室面積		平方メートル												
実施体制	管理者	氏名													
		職種													
		連絡先													

