

袖ヶ浦市役所福祉部高齢者支援課 行

袖ヶ浦市地域包括支援センター運営業務委託公募型プロポーザル説明会参加申込書

- 1 開催日程 令和6年4月25日（木）～5月22日（水）の間
※ 申込書受領後、開催日程については個別に協議し決定いたします。開催場所については、日程と併せて通知いたします。
- 2 開催時間 1時間30分程度を予定
- 3 申込期限 令和6年4月24日（水）午後5時15分まで
ファクシミリ又は電子メールにて提出してください。
(提出先)
袖ヶ浦市役所 福祉部 高齢者支援課
FAX 0438-62-3165
Email sode14@city.sodegaura.chiba.jp

法人名	
所在地	〒
代表者職氏名	
連絡先電話番号	
応募予定地区	昭和・根形地区

参加者氏名	
担当者	
	連絡先：
	Email：

※ 日程については、上記ご担当者様と協議させていただきます。

※ 公募説明会への出席は、応募要件となりますので、応募予定法人は必ず出席してください。

※ 送信後は必ず電話で送信した旨を伝え、着信したことを確認してください。

電話 0438-62-3225

様式2（様式第1号(第14条関係)）

令和 年 月 日

袖ヶ浦市長 粕谷 智浩 様

所在地
商号又は名称
代表者名
印

公募型プロポーザル参加表明書兼参加資格確認申請書

下記の委託等について、関係書類を添えて公募型プロポーザルへの参加意思を表明しますので、参加資格の確認をお願いします。

なお、この申請書及び添付書類の記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

記

1 委託等の名称

袖ヶ浦市地域包括支援センター運営業務委託（昭和・根形地区）

2 袖ヶ浦市建設工事等競争入札参加資格者名簿への登録の有無

有 ・ 無

3 委託等の実施体制

配置予定の管理者の氏名				年齢	
所属・役職					
資格・部門等				取得年月日	
最近 年間の主な 経歴	年度				
	業務名				
	発注者				
現在の手持 ち業務	年度				
	業務名				
	発注者				

4 申請書記載責任者・連絡者氏名 _____
電話番号 _____
FAX _____
Email _____

5 添付書類

- (1) 法人登記事項証明書（発行後3ヵ月以内のもの）
- (2) 営業所一覧・事業実績（様式3）
- (3) 財務諸表（直近2年分決算の貸借対照表・損益計算書又は事業活動計算書・株主資本等変動計算書又は資金収支計算書）
- (4) 法人役員名簿（様式4）
- (5) 誓約書（様式5）
- (6) 監督官庁の実地検査等の結果及び改善報告書（直近のもの）
- (7) 国税、法人所在地の都道府県税及び市町村税の各納税証明書
(直近2年分)

- ・ 国税：法人税、消費税及び地方消費税
- ・ 都道府県税：法人都道府県民税、法人事業税
- ・ 市町村税：法人市町村民税、固定資産税

※非課税の場合

- ・ 非課税証明書
- ・ 納税証明書（その3）未納の金額がないことの証明 等

営業所一覧・事業実績

法人名	
-----	--

1 老人福祉法に基づく老人介護支援センター運営実績

センター名称	所在地	受託期間
		年 月 ～ 年 月
		年 月 ～ 年 月

2 介護保険法に基づく地域包括支援センター運営実績

センター名称	所在地	受託期間
		年 月 ～ 年 月

3 介護保険法に基づく指定を受けてサービスを提供する事業所

サービス名称	事業所名	所在地	事業開始年月
			年 月
			年 月
			年 月
			年 月
			年 月
			年 月

※介護保険法第8条及び第8条の2に規定する事業等及び同法第115条の4第1項第1号に規定する第1号事業を記載してください。

4 その他事業所

サービス名称	事業所名	所在地	事業開始年月
			年 月
			年 月
			年 月
			年 月

※記入欄が不足する場合は、各記載欄を適宜増やして記載するほか、別紙としてA4縦の用紙を使用してください。

法人役員名簿

役 職	ふりがな 氏 名	生年月日 (元号・年・月・日)	住 所	他の法人・団体を兼任している場合	
				法人・団体名	役職名

記載された全ての者は、袖ヶ浦市暴力団排除条例第 9 条に基づく排除措置の対象となるか否かについて照会することについて、同意しております。

令和 年 月 日

法人名

代表者氏名

印

令和 年 月 日

誓 約 書

袖ヶ浦市長 粕谷 智浩 様

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

袖ヶ浦市地域包括支援センター運営業務委託公募型プロポーザルへ参加するにあたり、袖ヶ浦市地域包括支援センター運営業務委託公募型プロポーザル実施要領（兼募集要項兼説明書）に定める応募資格の要件を全て満たしていること及び提出書類の内容について事実と相違ないことを誓約します。

なお、当該誓約に違反があった場合には、一方的に選定手続きから除外されても異議ありません。

令和 年 月 日

公募内容・公募条件に対する質問書

袖ヶ浦市地域包括支援センター運営業務委託公募型プロポーザルに関して、次のとおり質問書を提出します。

法 人 名	
部 署	
質問者氏名	
連絡先	TEL : FAX : Email :
応募地区	昭和・根形地区

質問事項 (タイトル)	
募集要項で の対応部分	ページ : 該当箇所 :

質 問 内 容	
------------------	--

令和 年 月 日

袖ヶ浦市長 粕谷 智浩 様

所在地
商号又は名称
代表者名
印

袖ヶ浦市地域包括支援センター運営業務委託公募型プロポーザル提案書

下記の業務委託の受託を希望する法人として、別添のとおり提案いたします。
また、提案書類の内容について事実と相違ないことを誓約します。なお、当該誓約に違反があった場合には、一方的に選定手続きから除外されても異議ありません。

記

袖ヶ浦市地域包括支援センター運営業務委託（昭和・根形地区）

電話番号	
F A X 番号	
Email	
担当者名	

地域包括支援センター運営に関する事項（法人概要）

法人名	
法人所在地	
代表者職氏名	
設立年月日	
資本金（基本財産）	
従業員・従事者数	
法人の運営方針	

※記入欄が不足する場合は、別紙としてA 4 縦の用紙を使用してください。

地域包括支援センター運営に関する事項（基本理念）

法 人 名	
<p>* 地域包括支援センターの公募に応募する動機を記載すること。</p>	
<p>* 地域包括ケアの中核機関として機能を果たしていくために、どのような視点で地域包括支援センターを運営していくか、また地域包括ケアシステムの構築についての貴法人の意見を本市への提言も含め記載すること。</p>	

※記入欄が不足する場合は、別紙としてA 4 縦の用紙を使用してください。

地域包括支援センター運営に関する事項（事業方針）

※各項目について、受託後どのように取り組むか貴法人の考え方・事業方針等を記載のこと。

法人名	
	* 総合相談支援業務の取組について
	* 権利擁護業務の取組について
	* 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務の取組について
	* 認知症総合支援事業の取組について

※記入欄が不足する場合は、別紙としてA 4 縦の用紙を使用してください。

地域包括支援センター運営に関する事項（事業方針）

※各項目について、受託後にどのように取り組むか貴法人の考え方を記載のこと。

法 人 名	
	*チームアプローチの実行・取組について
	*地域ケア会議の取組について
	*介護予防ケアマネジメントの取組について（高齢者の自立支援、重度化防止等の観点 を踏まえて）

※記入欄が不足する場合は、別紙としてA4縦の用紙を使用してください。

地域包括支援センター運営に関する事項（事業方針）

※各項目について、受託後にどのように取り組むか貴法人の考え方を記載のこと。

法 人 名	
※指定介護予防支援事業所としての取組について	
※地域課題をどう捉えているか、課題解決のための方策として何が考えられるか	
※公平・中立性の確保に対する考え方や取組について	

※記入欄が不足する場合は、別紙としてA4縦の用紙を使用してください。

地域包括支援センター運営に関する事項（事業方針）

※各項目について、受託後にどのように取り組むか貴法人の考え方を記載のこと。

法 人 名	
<p>近年、高齢者の増加、核家族化等による単身高齢者世帯が増加しており、袖ヶ浦市においても例外ではなく、孤独死の状態で警察署や付近住民から通報を市が受ける事例も生じています。</p> <p>地域包括支援センターは、総合相談業務を行うほか、より一層、積極的に地域の高齢者に関与していく態勢が求められています。</p> <p>業務地域において、袖ヶ浦市が行う福祉サービスや各地域にある社会資源等を活用してどのような関わり方をしていくべきか、また、受託法人として袖ヶ浦市に対して求める提言等、単身高齢者の関わり方について貴法人の意見を以下の欄に記載してください。</p>	

※記入欄が不足する場合は、別紙としてA4縦の用紙を使用してください。

地域包括支援センター運営に関する事項（開設日程）

法 人 名	
* 地域包括支援センター開設までの準備計画（内容、スケジュール）を記載のこと。	

※記入欄が不足する場合は、別紙としてA 4 縦の用紙を使用してください。

地域包括支援センター運営に関する事項（事務所設置計画）

法 人 名	
-------	--

1 事務所の設置方法

☐ 法人施設内
☐ 賃借（予定）物件内【不動産の所有者： 】【賃貸借契約の交渉 ☐ 有・☐ 無】
 【賃料（月額） 円】
 【事務室内の改修の必要性の有無 ☐ 有（見込額： 円）・☐ 無】
☐ その他【 】

〔該当欄にチェック〕

2 事務室の設置場所

所在地	〒 袖ヶ浦市
事務室位置	階建建物中 階（エレベーター： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） 〔該当欄にチェック〕
事務室の位置案内	相談等の来訪者に対する位置案内について看板の設置場所等、具体的な方策を記入すること。

3 事務室の設置内容

面 積	<p>m²</p> <p>(事務室内に相談室を設置する場合にはその面積を除くこと。)</p>
設置状況	<p><input type="checkbox"/>個室（独立利用） <input type="checkbox"/>他事業所と共有</p> <p style="text-align: right;">〔該当欄にチェック〕</p>
	<p>他事業所と共有する場合、事務室の仕切り方法を記入すること。</p>

4 相談室の設置内容

面 積	m ²
設置状況	<input type="checkbox"/> 個室（独立利用） <input type="checkbox"/> 事務所と共有 〔該当欄にチェック〕
	事務室と共有する場合、相談室の仕切り方法を記入すること。

5 事務所平面図

- ・ 事務所の平面図は、主なレイアウト（職員の机や書庫の配置予定など）を記入するとともに、建物入口からの部分と事務室、相談室を含めて記入すること。
- ・ 縦記載又は横記載でも可とする。なお、A4 サイズ又は折りたたみで A4 サイズに収まる場合別紙添付でも可。なお別紙添付の場合には添付する用紙に「5 事務所平面図」と記載すること。

6 設置予定事務所の状況が分かる現況写真等

- ・バリアフリー等、高齢者に配慮している点が分かるように留意すること。

(事務所設置予定建物の外観)

(写真又は画像データを添付してください)

(事務室・相談室設置予定場所)

(写真又は画像データを添付してください)

地域包括支援センター運営に関する事項（職員確保）

法 人 名	
応募業務地区	昭和・根形地区
管理者予定者氏名	
配置予定人数	名

1 職員配置予定者

① 保健師等

配置方法		<input type="checkbox"/> 法人内の人事異動 <input type="checkbox"/> 雇用内諾済 <input type="checkbox"/> 募集予定 [該当欄にチェック]	
配置 予定者	氏名		
	職種	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 同職に準ずる者 [該当欄にチェック] 【資格取得日： 年 月 日】	
		同職に準ずる者の場合はその該当要件を記入してください。	
	資格	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 [該当欄にチェック] 【資格取得日： 年 月 日】	
	兼務	<input type="checkbox"/> 認知症地域支援推進員（ 月から）	
	職歴	期間	職務内容
		年 月～ 年 月	
		年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月			

② 社会福祉士等

配置方法		<input type="checkbox"/> 法人内の人事異動 <input type="checkbox"/> 雇用内諾済 <input type="checkbox"/> 募集予定 [該当欄にチェック]	
配置 予定者	氏名		
	職種	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 同職に準ずる者 [該当欄にチェック] 【資格取得日： 年 月 日】	
		同職に準ずる者の場合はその該当要件を記入してください。	
	資格	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他（ ） 【資格取得日： 年 月 日】 [該当欄にチェック]	
	兼務	<input type="checkbox"/> 認知症地域支援推進員（ 月から）	
	職歴	期間	職務内容
		年 月～ 年 月	
		年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月			

配置方法		<input type="checkbox"/> 法人内の人事異動	<input type="checkbox"/> 雇用内諾済	<input type="checkbox"/> 募集予定	[該当欄にチェック]
配置 予定者	氏名				
	職種	<input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 同職に準ずる者 [該当欄にチェック] 【資格取得日： 年 月】			
		同職に準ずる者の場合はその該当要件を記載してください。			
	資格	<input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員 <input type="checkbox"/> その他（ ） 【資格取得日： 年 月】 [該当欄にチェック]			
	兼務	<input type="checkbox"/> 認知症地域支援推進員（ 月から）			
	職歴	期間		職務内容	
		年 月～	年 月		
年 月～		年 月			
年 月～		年 月			

配置方法		<input type="checkbox"/> 法人内の人事異動	<input type="checkbox"/> 雇用内諾済	<input type="checkbox"/> 募集予定	[該当欄にチェック]	
配置 予定者	氏名					
	職種	<input type="checkbox"/> 保健師		<input type="checkbox"/> 同職に準ずる者		
		<input type="checkbox"/> 社会福祉士		<input type="checkbox"/> 同職に準ずる者		
		<input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員		<input type="checkbox"/> 同職に準ずる者		
		【資格取得日： 年 月】				[該当欄にチェック]
		同職に準ずる者の場合はその該当要件を記載してください。				
	資格	<input type="checkbox"/> 保健師		<input type="checkbox"/> 看護師		
		<input type="checkbox"/> 社会福祉士		<input type="checkbox"/> 介護支援専門員	<input type="checkbox"/> その他（ ）	
		<input type="checkbox"/> 主任介護支援専門員		<input type="checkbox"/> その他（ ）		
		【資格取得日： 年 月】				[該当欄にチェック]
	形態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤（常勤換算 時間）				
	兼務	<input type="checkbox"/> 認知症地域支援推進員（ 月から）				
	職歴	期間		職務内容		
年 月～ 年 月						
年 月～ 年 月						
年 月～ 年 月						

法人名	
-----	--

⑤ その他職員

配置予定		<input type="checkbox"/> 配置予定あり <input type="checkbox"/> 配置予定なし [該当欄にチェック]
配置 予定者 A	配置方法	<input type="checkbox"/> 法人内の人事異動 <input type="checkbox"/> 雇用内諾済 <input type="checkbox"/> 募集予定 [該当欄にチェック]
	氏名	
	職種	<input type="checkbox"/> 事務職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 [該当欄にチェック]
	資格	
配置 予定者 B	配置方法	<input type="checkbox"/> 法人内の人事異動 <input type="checkbox"/> 雇用内諾済 <input type="checkbox"/> 募集予定 [該当欄にチェック]
	氏名	
	職種	<input type="checkbox"/> 事務職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 [該当欄にチェック]
	資格	
配置 予定者 C	配置方法	<input type="checkbox"/> 法人内の人事異動 <input type="checkbox"/> 雇用内諾済 <input type="checkbox"/> 募集予定 [該当欄にチェック]
	氏名	
	職種	<input type="checkbox"/> 事務職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 [該当欄にチェック]
	資格	

(①～⑤における留意事項)

- ・①～④について、配置方法が募集予定の場合「氏名」「職種」「資格」「職歴」は記入不要です。
- ・⑤について、配置方法が募集予定の場合「氏名」「資格」は記入不要です。
- ・「職歴」は、現職を含めて過去3ヵ所分の職務履歴を記入してください。
- ・「雇用内諾有」の場合は、内諾が確認できる書面等を添付してください。
- ・①～⑤について記入欄が不足する場合は、複数枚作成して対応してください。

2 募集予定者の募集方法

「1 職員配置予定者」で配置方法を「募集予定」とした職員の募集方法について記載すること。

--

様式 13-4

法 人 名	
-------	--

3 法人における職員確保に関する状況（職員確保体制）

配置予定職員が業務開始後、退職等により職務に就くことができなくなった場合において、人事異動等の対応可否について記載し、代替人員確保等の方針について記載すること。〔該当欄にチェック〕

職名	法人内の他の有資格者人員	【左欄が有の場合】異動対応等の可否
保健師等	<input type="checkbox"/> 有（ 名） <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 異動対応可 <input type="checkbox"/> 不可
社会福祉士等	<input type="checkbox"/> 有（ 名） <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 異動対応可 <input type="checkbox"/> 不可
主任介護支援専門員等	<input type="checkbox"/> 有（ 名） <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 異動対応可 <input type="checkbox"/> 不可
事務職員	<input type="checkbox"/> 有（ 名） <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 異動対応可 <input type="checkbox"/> 不可
介護支援専門員	<input type="checkbox"/> 有（ 名） <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 異動対応可 <input type="checkbox"/> 不可
業務開始後の職員欠員等に伴う代替人員確保等の方針について		

4 職員研修等の実施について

*各項目についてどのように取り組むか貴法人の考え方を記載のこと。

業務開始に当たり、新規に職員を雇用するか。	
<input type="checkbox"/> 新規雇用する <input type="checkbox"/> 新規雇用しない	〔該当欄にチェック〕
*業務開始に当たり、配置予定職員に対して業務開始前、業務開始後にどのような職員教育を行うか。	

※記入欄が不足する場合は、別紙としてA4縦の用紙を使用してください。

地域包括支援センター運営に関する事項（危機管理）

※各項目について、受託後にどう取り組むか貴法人の考え方を記載のこと。

法 人 名	
*個人情報の保護・管理について	
*事故・緊急時の対応について	
*苦情処理と業務への反映について	

※記入欄が不足する場合は、別紙としてA 4 縦の用紙を使用してください。

地域包括支援センター運営に関する事項（収支計画）

法人名	
-----	--

令和 年度見込

(単位：千円)

【指定介護予防支援事業】

科 目	予算額	備 考
【収入の部】		
介護予防支援費		継続 4,729 円×〇〇回 初回 7,939 円×〇〇回 委託連携 7,939 円×〇〇回 初回委託連携 11,149 円×〇〇回
収入合計		
【支出の部】		
介護支援専門員人件費 事務費 介護予防支援事業委託費		継続 4,729 円×〇〇回 初回 7,939 円×〇〇回 委託連携 7,939 円×〇〇回 初回委託連携 11,149 円×〇〇回
支出合計		

【包括的支援事業 他】

科 目	予算額	備 考
【収入の部】		
地域包括支援センター運營業務委託料 介護予防ケアマネジメント費		継続 4,729 円×〇〇回 初回 7,939 円×〇〇回 委託連携 7,939 円×〇〇回 初回委託連携 11,149 円×〇〇回
収入合計		
【支出の部】		
人件費 3 職種 事務員 介護支援専門員 事務費 第 1 号介護予防支援事業委託費 準備費用		継続 4,729 円×〇〇回 初回 7,939 円×〇〇回 委託連携 7,939 円×〇〇回 初回委託連携 11,149 円×〇〇回
支出合計		

様式 15-1

- ・年度ごとに作成してください。
- ・人件費は法定福利費等を含んでください。
- ・支出の部における科目は、必要に応じて追加・修正してください。
- ・本業務委託に関する消費税については、消費税法基本通達第 7 節社会福祉事業等関係 6-7-10 により非課税となりますが、事務諸経費については執行段階で消費税を負担することとなるため、消費税（標準税率 10%）を含めた金額で積算してください。
- ・算出根拠を備考欄に記載又は別紙添付してください。

地域包括支援センター運営に関する事項（収支計画）

法人名	
-----	--

1 委託期間収支計画

（単位：千円）

	事業	R7 年度	R8 年度	R9 年度	合計
収入	指定介護予防支援事業				
	包括的支援事業 他				
	合計				
歳出	指定介護予防支援事業				
	包括的支援事業 他				
	合計				

2 委託期間地域包括支援センター運営業務委託料

（単位：千円）

	R7 年度	R8 年度	R9 年度	合計
地域包括支援センター業務委託料				

【参考】地域包括支援センター運営業務委託料総額上限額

昭和・根形地区：91,000千円

令和 年 月 日

袖ヶ浦市長 粕谷 智浩 様

所在地

商号又は名称

代表者名

印

辞 退 届

令和 年 月 日付で参加表明いたしました下記の委託に係る公募型プロポーザルについて、辞退いたします。

記

1 委託等の名称

袖ヶ浦市地域包括支援センター運営業務委託（昭和・根形地区）

2 辞退理由