

様式第1号

令和 年 月 日

(あて先) 猪名川町長 様

所在地

法人名

代表者名

### 参加表明書

猪名川町南部地域包括支援センター業務受託を希望する法人として、猪名川町南部地域包括支援センター業務委託事業者選定プロポーザルに参加します。

なお、参加にあたり、猪名川町南部地域包括支援センター業務委託事業者選定プロポーザル実施要領を遵守します。

#### 1 センターの設置場所等

事務所設置予定場所	〒 猪名川町
管理者予定者職氏名	

#### 2 担当者連絡先

法人名		
担当者		
連絡先	住所	〒
	電話	
	FAX	
	E-mail	

様式第2号

令和 年 月 日

誓 約 書

(あて先) 猪名川町長 様

(応募法人)

所在地

法人名

代表者名

猪名川町南部地域包括支援センター業務受託事業者の応募を行うにあたり、猪名川町南部地域包括支援センター業務委託事業者選定プロポーザル実施要領に定める応募資格の要件をすべて満たしていること及び応募書類の内容について事実と相違ないことを誓約します。

また、受託候補者として選定を受けた後、辞退したことにより猪名川町が損害を受けたときは、その損害を賠償いたします。

様式第3号

法人に関する事項

応募法人の概要

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	
法人の運営方針等  （次の内容を記入すること） ①法人の理念・運営方針・構成 ②町内における介護保険事業に関する実績 ③高齢者福祉に関する事業や、社会貢献を目的とした事業の実績（ある場合） ④町内・外問わず、地域包括支援センターの運営実績（ある場合）	

※複数ページにわたっても可

様式第4号

地域包括支援センター運営方針・事業計画に関する事項

各項目について、受託後はどう取り組むか、貴法人の考え方を記載すること

(1)総合相談事業
(2)権利擁護事業
(3)包括的・継続的ケアマネジメント支援事業
(4)介護予防支援・介護予防ケアマネジメント
(5)地域包括支援センターの周知について
(6)苦情対応体制について
(7)個人情報保護・管理について
(8)休日・夜間の対応について
(9)応募区域に対する認識・見解について
(10)地域との連携について

※複数ページにわたっても可

職員配置計画書

法人名	
管理者予定者 氏名（職名）	( )
配置予定人数 ※管理者予定者を除く	人

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 [□→■で選択すること]						
配置 予定者 1	氏名						
	職種	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 同職に準ずる者    [□→■で選択すること] 【資格取得日： 年 月 日】 保健師に準ずる者の場合はその該当要件を記入してください。					
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>期間</th> <th>職務内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>年 月～ 年 月</td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月～ 年 月</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	期間	職務内容	年 月～ 年 月		年 月～ 年 月
	期間	職務内容					
年 月～ 年 月							
年 月～ 年 月							
職歴							
配置 予定者 2	氏名						
	職種	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 同職に準ずる者    [□→■で選択すること] 【資格取得日： 年 月 日】 保健師に準ずる者の場合はその該当要件を記入してください。					
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>期間</th> <th>職務内容</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>年 月～ 年 月</td> <td></td> </tr> <tr> <td>年 月～ 年 月</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	期間	職務内容	年 月～ 年 月		年 月～ 年 月
	期間	職務内容					
年 月～ 年 月							
年 月～ 年 月							
職歴							

(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 [□→■で選択すること]	
配置 予定者 1	氏名		
	職種	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 同職に準ずる者    [□→■で選択すること] <b>【資格取得日：        年    月    日】</b>	
		社会福祉士に準ずる者の場合はその該当要件を記入してください。	
	職歴	期間	職務内容
年    月～        年    月			
年    月～        年    月			
配置 予定者 2	氏名		
	職種	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 同職に準ずる者    [□→■で選択すること] <b>【資格取得日：        年    月    日】</b>	
		社会福祉士に準ずる者の場合はその該当要件を記入してください。	
	職歴	期間	職務内容
年    月～        年    月			
年    月～        年    月			

(3)主任介護支援専門員等

配置方法		<input type="checkbox"/> 法人内の人事異動 <input type="checkbox"/> 雇用内諾有 <input type="checkbox"/> 募集予定 [□→■で選択すること]	
配置 予定者 1	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 [□→■で選択すること] 【資格取得日：          年          月】 主任介護支援専門員に準ずる者の場合はその該当要件を記載してください。	
	職歴	期間	職務内容
年    月～          年    月			
年    月～          年    月			
配置 予定者 2	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 [□→■で選択すること] 【資格取得日：          年          月】 主任介護支援専門員に準ずる者の場合はその該当要件を記載してください。	
	職歴	期間	職務内容
年    月～          年    月			
年    月～          年    月			

(4)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    [ <input type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/> で選択すること]
配置 予定 者 1	氏名	
	職種	<input type="checkbox"/> 事務職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員
	資格	
配置 予定 者 2	氏名	
	職種	<input type="checkbox"/> 事務職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員
	資格	
配置 予定 者 3	氏名	
	職種	<input type="checkbox"/> 事務職員 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員
	資格	

(留意事項)

「配置予定者」は、配置予定が未定の場合は記入不要です。

「職歴」は、現職を含めて過去2箇所分の職務履歴を記入してください。

2 職員の資質の向上について

*職員の研修計画等、資質の向上に向けた取組について記載のこと。
---------------------------------

※複数ページにわたっても可



様式第6号

事務所設置計画書

法人名	
-----	--

(1)事務所の設置方法

<input type="checkbox"/> 法人施設内 <input type="checkbox"/> 賃借（予定）物件内      〔 <input type="checkbox"/> → <input checked="" type="checkbox"/> で選択すること。以下同様。〕 【賃料（月額）                      円】 【事務室内の改修の必要性の有無 <input type="checkbox"/> 有（見込額：                      円）・ <input type="checkbox"/> 無】
--

(2)事務室の設置場所

住 所	〒
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）
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	m <sup>2</sup> (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。)
設置状況	<input type="checkbox"/> 個室（独立利用） <input type="checkbox"/> 他事業所と共有 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。

(4)相談室の設置内容

面積	m <sup>2</sup>
設置状況	<input type="checkbox"/> 個室（独立利用） <input type="checkbox"/> 事務所と共有
	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は別紙添付でも可。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)設置のスケジュールについて

\*事務所設置に向けたスケジュールについて具体的に記載のこと。

※複数ページにわたっても可

誓約書

私は、猪名川町暴力団排除に関する条例（平成24年条例第7号。以下「条例」という。）に基づき、猪名川町が契約に係る事務その他すべての事務又は事業から暴力団を利することのないような措置を講じていることを認識したうえで、下記事項について誓約します。

なお、これらの事項に反する場合、猪名川町長が行う一切の措置について異議申し立てを行いません。

記

- 1 次の者は猪名川町暴力団排除に関する条例施行規則第2条第2号で規定する暴力団等（以下「暴力団等」という。）ではありません。  
ア 法人又は団体である場合 代表者及び全ての役員  
イ 個人である場合 本人
- 2 私は、町長との契約に係る事務その他すべての事務又は事業を履行する際、暴力団等に該当する者を下請負人（一次及び二次下請負人以降すべての下請負人を含む。以下同じ。）又は原材料の購入契約その他契約等の履行に関連する契約の相手方（以下「下請負人等」という。）としません。また、下請負人等が下請負契約を締結する際には、暴力団等と下請負契約をしないよう指導するとともに、下請負人等が暴力団等に該当することが明らかになった場合は、当方の責任で速やかに当該下請負人等の契約を解除し、又は契約の解除を指導します。
- 3 私は、町長との契約等において暴力団等から不当若しくは違法な要求又は契約の適正な履行を妨げる行為を受けたときは、町長に報告するとともに、警察に届け出て捜査上必要な協力を行います。また、下請負人等に対しても同様に当該内容について指導を行います。
- 4 町長等又は指定管理者が必要と認めた場合、私（法人及び団体にあつては全ての役員）が暴力団等に該当するか確認するため、この誓約書に記載された内容及び役員等の名簿の写しを兵庫県川西警察署長に提供し、意見照会することに同意します。

年 月 日

猪名川町長 様

住所又は所在地

法人又は団体名称

氏名又は代表者氏名

【生年月日： 年 月 日生】

法人又は団体の場合は、裏面の役員等名簿も記入してください。  
押印の必要はありません。



様式第8号

事業所一覧表

法人名

---

事業所名称	所在地	電話番号 (下段にFAX)

注1 上記記載事項が含まれていればA4縦向きの場合のみ任意の様式でも可とします

注2 押印不要

質問書

猪名川町南部地域包括支援センター業務委託事業者選定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	
所在地	
部署	
質問者氏名	
連絡先	TEL : FAX : Email :

質問事項 (タイトル)	
公募要項での対応部分	ページ : 該当箇所 :

質問内容	
------	--

※複数ページにわたっても可