

様式 1

年 月 日

八街市北部地域包括支援センター運営業務受託法人応募申込書

八街市長 様

所在地
法人名
代表者名 印

八街市北部地域包括支援センター運営業務の受託を希望する法人として応募申込みします。
申込みにあたり、八街市北部地域包括支援センター運営業務公募型プロポーザル実施要項を遵守します。

1. 公募する地区

地区名	八街中学校区生活圏域・八街北中学校区生活圏域
センター設置予定場所	
管理予定者職氏名	

2. 担当者連絡先

法 人 名	
担 当 者	
連 絡 先	所在地 〒
	電 話
	F A X
	E-mail

様式 2

誓 約 書

八街市長 様

申込者が、応募した日において、法人格を有し、包括的支援事業等の事業を実施できる法人であり、八街市北部地域包括支援センター運営業務公募型プロポーザル実施要項に記載されている応募資格を満たしていることを誓約します。

年 月 日

申込者

住所 _____

氏名（名称及び代表者名）

印

様式 3

八街市北部地域包括支援センター運営に関する事項（法人概要）

1. 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	

2. 八街市内もしくは隣接市町における介護サービス事業実績

事業名	事業所名	事業所所在地	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条各号で規定された事業を記載してください。
- ・事業所所在地は字名までの記載で可。（例 八街市八街ほ1番地 ⇒ 八街市八街ほ）

3. その他、八街市内での介護保険以外の高齢者福祉、介護サービス事業実績等

--

※欄が不足する場合、適宜、欄を増やして記載する他、別紙に記載してください。

様式 4

八街市北部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	
* 八街市北部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。	
* 地域包括ケアシステムの構築に向けた地域づくりの考え方について、どのような視点で八街市北部地域包括支援センターを運営していくか具体的に記載すること。	

※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。

様式 5－1

八街市北部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具体的に記載のこと。

法 人 名	
＊総合相談支援業務	
＊権利擁護業務	
＊包括的・継続的ケアマネジメント支援業務	
＊認知症総合支援業務	

※記入欄が不足する場合には、別紙としてA 4 縦の用紙を使用してください。

様式 5－2

八街市北部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	
＊一般介護予防事業	
＊第 1 号介護予防支援業務及び指定介護予防支援業務	
＊チームアプローチの取り組みについて	

※記入欄が不足する場合には、別紙として A 4 縦の用紙を使用してください。

様式 6

八街市北部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	
*八街市北部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）を記載すること。	

※記入欄が不足する場合には、別紙として A4 縦の用紙を使用してください。

八街市北部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		
管理者予定者 氏名	職種	氏名
配置予定人数	名	

1. 配置予定者（未定の場合は記入不要）

①保健師等（2名）

配置方法	☐ 法人内の人事異動 ☐ 雇用内諾済 ☐ 募集予定 ☐ 現在配属している （ ☐ → ☒ で選択すること）		
配置 予 定 者	氏名	(年 月 日生)	
	職種	☐ 保健師 ☐ 同職に準ずる者 （ ☐ → ☒ で選択すること）	
		保健師に準ずる者の場合、該当要件を記入してください。	
	資格	☐ 保健師 ☐ 看護師 （ ☐ → ☒ で選択すること） 【資格取得日： 年 月 日】	
	職歴	期 間	職務内容
		年 月 ～ 年 月	
		年 月 ～ 年 月	
年 月 ～ 年 月			

様式 7-2

配置方法		☐ 法人内の人事異動 ☐ 雇用内諾済 ☐ 募集予定 ☐ 現在配属している (☐ → ☒ で選択すること)	
配 置 予 定 者	氏名	(年 月 日生)	
	職種	☐ 保健師 ☐ 同職に準ずる者 (☐ → ☒ で選択すること)	
		保健師に準ずる者の場合、該当要件を記入してください。	
	資格	☐ 保健師 ☐ 看護師 (☐ → ☒ で選択すること) 【資格取得日： 年 月 日】	
	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（2名）

配置方法		☐ 法人内の人事異動 ☐ 雇用内諾済 ☐ 募集予定 ☐ 現在配属している (☐ → ☒ で選択すること)	
配 置 予 定 者	氏名	(年 月 日生)	
	職種	☐ 社会福祉士 ☐ 同職に準ずる者 (☐ → ☒ で選択すること)	
		社会福祉士に準ずる者の場合、該当要件を記入してください。	
	資格	☐ 社会福祉士 ☐ 社会福祉主事 (☐ → ☒ で選択すること) 【資格取得日： 年 月 日】	
	職歴	期 間	職務内容
		年 月 ～ 年 月	
年 月 ～ 年 月			
年 月 ～ 年 月			

様式 7-3

配置方法		☐ 法人内の人事異動 ☐ 雇用内諾済 ☐ 募集予定 ☐ 現在配属している (☐ → ☒ で選択すること)	
配置 予 定 者	氏名	(年 月 日生)	
	職種	☐ 社会福祉士 ☐ 同職に準ずる者 (☐ → ☒ で選択すること)	
		社会福祉士に準ずる者の場合、該当要件を記入してください。	
	資格	☐ 社会福祉士 ☐ 社会福祉主事 (☐ → ☒ で選択すること) 【資格取得日： 年 月 日】	
	職歴	期 間	職務内容
年 月 ～ 年 月			
年 月 ～ 年 月			
年 月 ～ 年 月			

③主任介護支援専門員（2名）

配置方法		☐ 法人内の人事異動 ☐ 雇用内諾済 ☐ 募集予定 ☐ 現在配属している (☐ → ☒ で選択すること)	
配置 予 定 者	氏名	(年 月 日生)	
	職種	☒ 主任介護支援専門員 ☐ 主任介護支援専門員資格取得予定者 (☐ → ☒ で選択すること)	
		資格取得予定者については、資格取得予定日を記載。 【資格取得（取得予定）日： 年 月】	
	資格	☐ 主任介護支援専門員 ☐ 主任介護支援専門員資格取得予定者 (☐ → ☒ で選択すること) 【資格取得日： 年 月 日】	
	職歴	期 間	職務内容
年 月 ～ 年 月			
年 月 ～ 年 月			
年 月 ～ 年 月			

配置方法		☐ 法人内の人事異動 ☐ 雇用内諾済 ☐ 募集予定 ☐ 現在配属している (☐ → ☒ で選択すること)	
配置 予 定 者	氏名	(年 月 日生)	
	職種	☐ 主任介護支援専門員 ☐ 主任介護支援専門員資格取得予定者 (☐ → ☒ で選択すること)	
		資格取得予定者については、資格取得予定日を記載。 【資格取得（取得予定）日： 年 月】	
	資格	☐ 主任介護支援専門員 ☐ 主任介護支援専門員資格取得予定者 (☐ → ☒ で選択すること) 【資格取得日： 年 月 日】	
	職歴	期 間	
		年 月 ～ 年 月	職務内容
年 月 ～ 年 月			
年 月 ～ 年 月			

配置方法		☐ 法人内の人事異動 ☐ 雇用内諾済 ☐ 募集予定 ☐ 現在配属している (☐ → ☒ で選択すること)	
配置 予 定 者	氏名	(年 月 日生)	
	職種	☐ 保健師 ☐ 同職に準ずる者 ☐ 社会福祉士 ☐ 同職に準ずる者 ☐ 主任介護支援専門員 ☐ 主任介護支援専門員資格取得予定者 (☐ → ☒ で選択すること)	
		準ずる者の場合、該当要件を記入してください。	
		資格取得予定者については、資格取得予定日を記載。 【資格取得（取得予定）日： 年 月】	
	資格	【資格名称 】 【資格取得日： 年 月 日】	
	職歴	期 間	
年 月 ～ 年 月			
年 月 ～ 年 月			
年 月 ～ 年 月			

様式 7－5

⑤その他の職員（生活支援コーディネーター）

配置予定	☐ 配置予定あり ☐ 配置予定なし（ ☐ → ☒ で選択すること）	
配置予定者	氏 名	
	職 種	
	資 格	

⑥その他の職員（事務職）

配置予定	☐ 配置予定あり ☐ 配置予定なし（ ☐ → ☒ で選択すること）	
配置予定者	氏 名	
	職 種	
	資 格	

様式 7－6

2. 法人における職員確保にかんする状況（職員確保体制）

配置予定職員が業務開始後、職員の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、法人内の各職種資格所有者の有無及びこれに伴う人事異動等の対応の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。

職 名	各資格者保有者	異動対応等
保健師等	☐ 有（ 名） ☐ 無	☐ 異動対応可 ☐ 不可
社会福祉士等	☐ 有（ 名） ☐ 無	☐ 異動対応可 ☐ 不可
主任介護支援専門員	☐ 有（ 名） ☐ 無	☐ 異動対応可 ☐ 不可
介護支援専門員等	☐ 有（ 名） ☐ 無	☐ 異動対応可 ☐ 不可
受託後の職員の欠員等に伴う代替人員確保等の方針について		

（☐→☒で選択すること）

様式 7-7

3. 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法人の考え方を記載のこと。

法人名	
業務開始にあたり、新規に職員を雇用するか。 ☐ 新規雇用する ☐ 新規雇用しない (☐ → ☒ で選択すること)	
*業務開始にあたり、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。

様式 8 - 1

八街市北部地域包括支援センター運営に関する事項（事業所開設計画）

法 人 名	
-------	--

1. 事業所の設置方法

☐ 法人施設内 ☐ 賃貸（予定）【建物の所有者】 （ ☐ → ☒ で選択すること）

2. 事務室の設置場所

所 在 地	〒 八街市 ※地図を添付すること。
事務室位置	階建建物中 階（エレベーター： ☐ 有 ☐ 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等の設置場所等、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^2 （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	☐ 個室（独立利用） ☐ 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^2
設置状況	☐ 個室（独立利用） ☐ 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。

様式 8－2

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り口からの部分と事務室を含めて記入すること。
- ・縦記載または横記載でも可とする。なお、A4 サイズないし折りたたみで 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。

※記入欄が不足する場合には、別紙として A4 縦の用紙を使用してください。

様式 8－3

6. 設置予定事務所の状況がわかる現状写真等
(事業所設置予定建物の外観)

(写真また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)

(写真または画像データを添付してください)

様式 9

八街市北部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 A4 縦の用紙を使用してください。

公募内容・公募条件に対する質問書

八街市北部地域包括支援センター運営業務委託法人公募に関して、下記のとおり質問書を提出いたします。

法人名	
所在地	
部署	
質問者氏名	
連絡先	TEL : FAX : E-mail :

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	