

北秋田市地域包括支援センター運営業務委託に関する
公募型プロポーザル様式集

令和3年12月
北秋田市健康福祉部高齢福祉課

(様式 1)

令和 年 月 日

北秋田市長 様

所 在 地

法 人 名

代表者職氏名

印

公募型プロポーザル方式参加表明書

年 月 日付けで公告のあった下記圏域の地域包括支援センター運営業務委託に係る公募型プロポーザル方式による提案書等の募集について参加したいので、下記書類を添えて申請します。

なお、添付書類の内容については、事実と相違ないことを誓約します。

記

1. 圏域名

2. 添付書類

3. 担当者（連絡先）

所 属 :

氏 名 :

電 話 :

F A X :

(様式2)

誓 約 書

令和 年 月 日

北秋田市長 様

所在地

法人名

代表者職氏名 _____ (印) _____

下記圏域にかかる北秋田市地域包括支援センター運営業務委託の応募申請を行うに当たり、北秋田市地域包括支援センター運営業務委託プロポーザル実施要領に定める申請資格をすべて満たしていること及び提出書類の内容について事実に相違ないことを誓約します。

また、受託候補者の特定を受けた後に受託候補者の特定を辞退したことにより、北秋田市が損害を受けたときは、その損害を賠償いたします。

記

圏域名	
-----	--

(様式3)

法人概要及び法人実績

ふりがな 法 人 名		ふりがな 代表者氏名	
主たる事務所の所在地			
設立年月日		従業員数 令和3年10月1日現在	人
法人の沿革等	(下記内容を記入すること) ①法人の理念・方針 ②法人の経営状況・体制		
関連法人・機関等	(法人の組織図等を添付すること)		

(1枚目)

北秋田市内で提供している介護サービスの状況

サービス事業種別	事業所名	箇所数	開始年月
居宅介護支援			
訪問介護			
訪問看護			
通所介護			
訪問リハビリテーション			
通所リハビリテーション			
短期入所生活介護			
短期入所療養介護			
(地域密着型サービス) 認知症対応型共同生活介護			
(地域密着型サービス) 認知症対応型通所介護			
(地域密着型サービス) 夜間対応型訪問介護			
(地域密着型サービス) 小規模多機能型居宅介護			
介護老人福祉施設			
介護老人保健施設			
介護療養型医療施設			

その他のサービス状況

サービスの種別	事業所名	箇所数	開始年月
【例】診療所（医療）	北秋田診療所	1	平成 25 年 10 月 1 日

(様式4)

法 人 役 員 名 簿

令和 年 月 日作成

法 人 名	
-------	--

氏 名 (フリ ガナ)		生年月日	年 月 日	郵便番号	
	役職・呼称			住 所	
氏 名 (フリ ガナ)		生年月日	年 月 日	郵便番号	
	役職・呼称			住 所	
氏 名 (フリ ガナ)		生年月日	年 月 日	郵便番号	
	役職・呼称			住 所	
氏 名 (フリ ガナ)		生年月日	年 月 日	郵便番号	
	役職・呼称			住 所	
氏 名 (フリ ガナ)		生年月日	年 月 日	郵便番号	
	役職・呼称			住 所	
氏 名 (フリ ガナ)		生年月日	年 月 日	郵便番号	
	役職・呼称			住 所	
氏 名 (フリ ガナ)		生年月日	年 月 日	郵便番号	
	役職・呼称			住 所	
氏 名 (フリ ガナ)		生年月日	年 月 日	郵便番号	
	役職・呼称			住 所	
氏 名 (フリ ガナ)		生年月日	年 月 日	郵便番号	
	役職・呼称			住 所	
氏 名 (フリ ガナ)		生年月日	年 月 日	郵便番号	
	役職・呼称			住 所	
氏 名 (フリ ガナ)		生年月日	年 月 日	郵便番号	
	役職・呼称			住 所	
氏 名 (フリ ガナ)		生年月日	年 月 日	郵便番号	
	役職・呼称			住 所	

- 備考 1 当該法人の役員等（理事、監事又はこれらに準ずる者をいい、その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、理事、監事又はこれらに準ずる者と同等以上の支配力を有するものと認められる者を含む。）を全て記載してください。
- 2 記入欄が不足する場合は、各記載欄を適宜増やして記載してください。

(様式5)

令和 年 月 日

北秋田市長 様

所 在 地
法 人 名
代表者名

印

北秋田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送付書

北秋田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に基づき、
下記圏域に係る同センター業務受託のための提案書類を提出いたします。

記

圏域名	
-----	--

【提出書類】

- (1) 様式5～様式12
- (2) 決算書

【担当者】
担当部署：
担当者：
電話番号：
FAX：
Eメール：

(様式 6 - 1)

基本理念 [圏域名]

法人名	
① 応募動機、地域包括支援センター運営にかける思いについて	
② 地域包括支援センターの基本方針（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、どのような視点で運営していくか）	

(様式 6 - 2)

基本理念 [圈域名]

法人名	
③公正・中立性の確保に対する考え方や取り組みについて	

(様式 7 - 1)

設置場所〔圏域名〕

法人名	
① 当該地域の設置を選んだ理由と同圏域の地域課題及びその解決のための方策について	

(様式 7 - 2)

設置場所（位置図）〔圏域名〕

法人名						
所在地	〒					
設置方法	<input type="checkbox"/> 法人施設内			<input type="checkbox"/> 法人敷地内		
	<input type="checkbox"/> 賃借（戸建）			<input type="checkbox"/> 賃借（集合建物）		
	賃貸物件の際の所有者の承諾（有・無・その他 ）					
	<input type="checkbox"/> その他（ ）					
施設状況	<ul style="list-style-type: none">・ 階建の 階・ エレベーター 有 ・ 無・ 駐車場 有 ・ 無 (台分)・ 段差 有 ・ 無・ スロープ（段差がある場合は） 有 ・ 無					
交通	<ul style="list-style-type: none">・バス停 [] 距離 <u> m </u> 本数 <u> 本／日 </u>、徒歩 <u> 分 </u>・最寄駅 [] 距離 <u> m </u> 本数 <u> 本／日 </u>、徒歩 <u> 分 </u>					

地域包括支援センターの設置予定地（所在地図）

※ 1 / 10, 000 程度の所在地図にすること

(様式 7 - 3)

設置場所(事務所内平面図) [圈域名]

法人名	
※入口、事務室、相談室がわかるように記載すること。また、間仕切りなどを設置する場合はそれも記載すること。また、面積を記載してください。	

(様式8-1)

職員配置 [圏域名]

法人名		
配置予定人数	保健師	名
	社会福祉士	名
	主任介護支援専門員	名
	機能強化専門職員	名
	事務員	名

管理(予定)者経歴書

フリガナ		生年月日
氏名		年 月 日
住所	〒	TEL

主な職歴等

期間	勤務先	職務内容
年 月～ 年 月		

職務に関連する資格

資格の種類	取得年月日

研修の受講状況等

備考 住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。

(様式8-2-1)

職員配置 [圈域名]

1. 職員配置予定者

①保健師

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
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 【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。		
	資格	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 【資格取得日： 年 月 日】		
		期間		職務内容
	職歴	平成 年 月	～令和 年 月	
平成 年 月		～令和 年 月		
平成 年 月		～令和 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
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 【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。		
	資格	<input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 看護師 【資格取得日： 年 月 日】		
		期間		職務内容
	職歴	平成 年 月	～令和 年 月	
平成 年 月		～令和 年 月		
平成 年 月		～令和 年 月		

(様式8-2-2)

②社会福祉士

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 <input type="checkbox"/> 現職
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 【資格取得日： 年 月 日】 ※社会福祉士に準ずる者の場合はその該当要件を記入。
	資格	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事 【資格取得日： 年 月 日】
	職歴	期間
平成 年 月～令和 年 月		
平成 年 月～令和 年 月		
	平成 年 月～令和 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 <input type="checkbox"/> 現職
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 【資格取得日： 年 月 日】 ※社会福祉士に準ずる者の場合はその該当要件を記入
	資格	<input type="checkbox"/> 社会福祉士 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員 <input type="checkbox"/> 社会福祉主事 【資格取得日： 年 月 日】
	職歴	期間
平成 年 月～令和 年 月		
平成 年 月～令和 年 月		
	平成 年 月～令和 年 月	

(様式8－2－3)

③主任介護支援専門員

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 <input type="checkbox"/> 現職	
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 【資格取得日： 年 月 日】	
		※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入。	
	職歴	期間	職務内容
		平成 年 月～令和 年 月	
平成 年 月～令和 年 月			
	平成 年 月～令和 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 <input type="checkbox"/> 現職	
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 【資格取得日： 年 月 日】	
		※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入。	
	職歴	期間	職務内容
		平成 年 月～令和 年 月	
平成 年 月～令和 年 月			
	平成 年 月～令和 年 月		

(様式8－2－4)

④機能強化専門職員

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
配置予定者	氏名			
	保有資格	資格名称		資格取得日
		職歴	期間	
	平成 年 月		～令和 年 月	
	平成 年 月		～令和 年 月	
	平成 年 月		～令和 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
配置予定者	氏名			
	保有資格	資格名称		資格取得日
		職歴	期間	
	平成 年 月		～令和 年 月	
	平成 年 月		～令和 年 月	
	平成 年 月		～令和 年 月	

備考

「配置予定者」は、配置予定が未定の場合は記入不用です。

「職歴」は現職を含めて過去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。

(様式8－3)

職員配置〔圏域名〕

法人名	
① 職員の採用方法について	
② 欠員が生じた場合の体制確保について（具体的に記載）	
③ 職員の研修確保・資質向上に対する取組みについて（具体的に記載）	

(様式 9 - 1)

各業務の方針 [圏域名]

法人名	
① 総合相談支援業務について	
② 権利擁護に関する業務について	
③ 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務について	

(様式 9 - 2)

各業務の方針 [圏域名]

法人名	
④ 多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築について	
⑤ 地域包括ケアシステムを構築するための事業の充実について	

(様式 9 - 3)

各業務の方針 [圏域名]

法人名	
⑥介護予防・日常生活支援総合事業に関する業務について	
⑦指定介護予防支援事業に関する業務について	
⑧地域支援事業の任意事業に関する業務について	

(様式 10-1)

リスク管理〔圈域名〕

法人名	
① 相談・苦情処理についての対応方針について	
② 災害・事故等における対応について	

(様式 10-2)

リスク管理〔圈域名〕

法人名	
③緊急時の24時間対応の体制について	
④個人情報の保護・管理方法について	

(様式 1-1)

地域包括支援センター運営業務収支計画書（見積書）〔圏域名〕

(収入の部)

単位 [円]

区分		単価	数量	単位	金額合計	備考
(A) 業務委託料						
	包括的支援事業等委託料					
	小 計					
(B) 介護報酬等						
	介護予防サービス計画費					国保連
	小 計					
	合 計					

(支出の部)

単位 [円]

区分		単価	数量	単位	金額合計	備考
(C) 給与費						
	専門職員					
	事務職員					
	小 計					
(D) 事務費						
	パソコン他リース料					
	図書費					
	被服費					
	車輌燃料費					
	備品費					
	通信費					
	研修雑費					
	旅費・交通費					
	会議費・諸会費					
	広告宣伝費					
	消耗品費					
	事務業務費					
	その他、雑費					
	小 計					
(E) 管理費						
	事務所費用					
	車輌費					
	光熱水費					
	保険（損害保険等）					
	衛生管理費					
	小 計					
(F) 合 計						
収支差額	(B) - (F)					(G)

委託料見積額

千円 (G)

(様式12)

質問書

令和 年 月 日

北秋田市長 様

法人名

記

北秋田市地域包括支援センター運営業務委託にかかる公募型プロポーザルについて、次のとおり質問します。

質問番号	質問事項	圈域名
①		
②		
③		
④		
⑤		

連絡先

質問書に対する返信先等は次のとおり。

法人名	
所在地	
担当部署	
担当者名	
電話番号	
FAX	
E-Mail	