**仙台市医療型短期入所事業所開設支援事業業務委託事業者選定**

提出書類一覧表

１．参加表明（提出期限：令和6年5月2日）【各一部】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 書類№ | 書　類　の　名　称 | 提出あたっての注意事項 | 提出確認 |
| １ | 提出書類一覧表（本用紙） | 実際に提出する書類の「提出確認」欄に「○」をすること |  |
| ２ | 参加表明書（様式第１号） |  |  |
| ３ | 法人の登記事項証明書及び定款の写し |  |  |
| ４ | 法人全体の決算書類の写し | ・直近３箇年度分（令和３～５年度）・財務諸表等の資産や負債の状況，資金収支等が分かるもの |  |
| ５ | 法人全体の事業計画書類 | ・令和６年度に係るもの・任意の様式とします |  |
| ６ | 事業者概要書（様式第２号） | ・本調書提出時の状況を記入すること |  |
| ７ | 誓約書（様式第３号） |  |  |
| ８ | 実施体制表（様式第４号） |  |  |
| ９ | 市税納付状況確認同意書（様式第７号） |  |  |

２．企画提案書の提出（提出期限：令和6年5月7日）【正本1部，副本8部】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 書類№ | 書　類　の　名　称 | 提出あたっての注意事項 |
| １ | 企画提案書（様式第５号） | ・A4判，長編綴じを原則とする。・表紙や目次を除き，10ページ（両面印刷で 5 枚）を上限として，簡潔かつ明瞭に記述すること。なお，文字の大きさに規定は設けないが，見やすさに配慮すること。 |
| ２ | 見積書（様式第６号） | ・業務委託期間に係るもの |

（様式第１号）

令和　　年　　月　　日

（あて先）仙台市健康福祉局長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

法人・団体名

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

**仙台市医療型短期入所事業所開設支援事業提案　参加表明書**

　「仙台市医療型短期入所事業所開設支援事業」の提案について，参加します。

【担当者名】

|  |  |
| --- | --- |
| 所属・役職 |  |
| 氏 名 |  |
| 電 話 |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |

（様式第２号）

事業者概要書

|  |  |
| --- | --- |
| 所　在　地 |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 会社設立年月 |  |
| 資　本　金 |  |
| 事業所数 |  |
| 社　員　数 |  |
| 事業概要 |  |

* 本調書提出時の状況を記入すること。

（様式第３号）

**誓　　約　　書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

（あて先）

仙 台 市 健 康 福 祉 局 長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人・団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

　仙台市暴力団排除条例第６条の規定に基づき，暴力団等との関係を有していないことを誓約します。また，説明を求められた際には誠実に対応いたします。

（様式第４号）

**仙台市医療型短期入所事業所開設支援事業実施体制表**

仙台市医療型短期入所事業所開設支援事業の実施体制について記載してください。

１．人員体制

|  |  |
| --- | --- |
| 予定する従事者の合計人数（本業務への月ごとの従事時間見込※） | 名（　　　時間／月） |
| （内訳） | ア）責任者 | 　　名 |
| イ）従事者 | 名 |

　※従事予定者が１ヵ月間に本市業務に充てる，従事見込時間数の合計を記載すること。

２．従事予定者の業務経験等

　ア　責任者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 役　職 |  |
| 主な担当業務 |  | 同種業務への従事年数 |  |
| 同種の業務経験 |  |

　イ　従事者（１名以上）

＜１人目＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 役　職 |  |
| 主な担当業務 |  | 同種業務への従事年数 |  |
| 同種の業務経験 |  |

＜２人目＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 役　職 |  |
| 主な担当業務 |  | 同種業務への従事年数 |  |
| 同種の業務経験 |  |

＜３人目＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 役　職 |  |
| 主な担当業務 |  | 同種業務への従事年数 |  |
| 同種の業務経験 |  |

＜４人目＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 役　職 |  |
| 主な担当業務 |  | 同種業務への従事年数 |  |
| 同種の業務経験 |  |

＜５人目＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 役　職 |  |
| 主な担当業務 |  | 同種業務への従事年数 |  |
| 同種の業務経験 |  |

* 記載欄が不足する場合には，追加して記載すること。

（様式第５号）

令和６年度仙台市医療型短期入所事業所開設支援事業業務委託

企　画　提　案　書

令和　　年　　月　　日

所　在　地

法人・団体名

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　印

１　申請者（法人等）の業務実績等

（１）申請者（法人等）の過去５年以内の同種業務の実績

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 発注機関の種類（対象欄に○を記入） | ・国・都道府県・政令指定都市，市町村・その他 | ・国・都道府県・政令指定都市，市町村・その他 | ・国・都道府県・政令指定都市，市町村・その他 |
| 業務名 |  |  |  |
| 発注機関 |  |  |  |
| 年間契約金額 |  |  |  |
| 履行期間（複数年受託している場合には，その全ての期間） | 　　年　月～　年　月 | 　年　月～　年　月 | 　年　月～　年　月 |
| 業務の概要 |  |  |  |
| 技術的特徴 |  |  |  |
| 開設件数（履行期間を通した開設件数） |  |  |  |

※記載件数は，３件以内とすること。（代表実績から順に記入）

※業務実績は元請けとして契約した業務を対象とすること。

※記載した実績に不備あるいは不十分な点がある場合，採点しないことがある。

（２）申請者（法人等）の最新情報の入手状況

※申請者（法人等）の，医療型短期入所をはじめとした障害福祉サービスや，法令，制度等に関する情報の入手及び分析に係る体制について詳しく記載すること。

（３）市内法人等とのネットワーク形成のノウハウや今後の拡大方法

※申請者（法人等）の，市内の医療・福祉・介護等の事業を担う法人等との既存のネットワークを築くノウハウや今後の拡大方法について詳しく記載すること。

（４）守秘義務，個人情報保護の取扱い

　　①　守秘義務，個人情報保護に関する規程の有無　　　有　　・　　無

※　有の場合，規程の写しを添付すること。

②　①が有の場合，周知等の取組状況について記載すること。

（５）相談・苦情に対する責任体制

　　①　組織的な対応方針の有無　　　有　　・　　無

　※　有の場合，対応方針が分かる資料を添付すること。

②　相談・苦情に対する組織体制図

　※　主担当者の有無，責任体制が分かるように記載すること。

２　事業の実施に関する計画等

（１）申請法人等の組織体制図及び事務

※　委託業務に係る指揮命令系統が分かるように体系的に示すこと。

（２）実施スケジュール

　　※　業務の分担等も含め，手順を記入すること。

３　企画提案

（１）本市の特色，課題及び解決策

※　本事業を実施するにあたり，申請者（法人等）が把握している本市の特色や課題，その解決策について示すこと。

（２）提案内容

ア　開設候補事業者の選定方法

* 地域資源の把握・分析，本事業や医療型短期入所等に関する周知・広報の方法について記載すること。

イ　上記で選定した事業者への働きかけの方法

ウ　開設に向けた相談対応の実施方法

エ　その他業務の推進・目的達成のために必要と認められる内容

* 仕様書に記載されていない事項であっても，委託料の上限額の範囲内で実施可能な有益な追加提案があれば記載すること。

（様式第６号）

**見積書（令和６年度）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 内容 | 数量 | 単位 | 単価 | 計 |
| 人件費 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| その他経費 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| 消費税及び地方消費税 |  |  |  |  |  |
| 合計 |  |  |  |  |  |

※　記載欄は適宜増減して記入してください。

※　積算合計額が4,000,000円（消費税及び地方消費税を含む）を超えないでください。

※　活動内容が事業費の積算から裏づけできるように経費内訳を記入してください。

（様式第７号）

市税納付状況確認同意書

令和　　年　　月　　日

（あて先）

仙台市長

 住所

 法人名

 代表者氏名 印

 電話番号

 当法人の仙台市市税納付状況を仙台市長が閲覧・確認することに，

* 同意します
* 同意しません

|  |
| --- |
| ※上記の該当するものを○で囲んでください。※同意しない場合について市税の課税の有無にかかわらず区役所，総合支所納税担当課において「市税の滞納がないことの証明書」（一通300円の手数料が必要です）の交付を受けた上で当課に提出してください。※ 「市税の滞納がないことの証明書」の交付について市税を10日以内に納付した場合には，納付状況を確認できない場合があるため，「市税の滞納がないことの証明書」の交付を受ける際に，領収書や通帳等納付した事実がわかる書類をお持ちください。法人市民税・事業所税の場合には申告書の控えもお持ちください。 |