

**仙台市訪問・通所連動型短期集中予防サービス事業
委託事業者応募書類**

令和6年3月

仙 台 市

【目次】

仙台市訪問・通所連動型短期集中予防サービス事業委託事業者

応募書類

| | |
|--------------------|---|
| 1 応募書類の一覧と提出部数 | |
| (1) 事業実績書 | 1 |
| (2) 事業計画書 | 1 |
| (3) 提出部数 | 1 |
| 2 応募書類の評価 | |
| ○ 審査基準 | 2 |
| 3 応募書類作成にあたっての留意点 | |
| (1) 事業実績書記載における留意点 | 2 |
| (2) 事業計画書記載における留意点 | 4 |

応募書類

| | |
|--------|----|
| 様式第1号 | 5 |
| 様式第2号 | 6 |
| 様式第3号 | 7 |
| 様式第4号 | 8 |
| 様式第5号 | 9 |
| 様式第6号 | 10 |
| 様式第7号 | 11 |
| 様式第8号 | 13 |
| 様式第9号 | 15 |
| 様式第10号 | 16 |
| 様式第11号 | 17 |
| 様式第12号 | 18 |
| 様式第13号 | 19 |

1 応募書類の一覧と提出部数

(1) 事業実績書

- ① 応募申込書（様式第 1 号）
- ② 法人概要書（様式第 2 号）
- ③ 実績調書（様式第 3 号）
- ④ 応募資格を有していることについての誓約書（その 1）（様式第 4 号）
- ⑤ （ア）納税義務がある法人
法人市民税（仙台市）並びに消費税及び地方消費税に関する直近 2 事業年度の納税証明書又は滞納がないことの証明書を提出
（イ）納税義務がない法人
応募資格を有していることについての誓約書（その 2）（様式第 5 号）を提出
- ⑥ 定款、寄附行為、又はこれらに類するもの
- ⑦ 法人登記簿謄本（履歴事項全部証明書）（※提出日から起算して 3 か月以内に発行されたもの）
- ⑧ 法人の経営状況等に関する書類（直近 2 事業年度の財務諸表（財産目録、貸借対照表、損益計算書、事業報告書））
- ⑨ 印鑑証明書（※提出日から起算して 3 か月以内に発行されたもの）

(2) 事業計画書

- ① 事業所計画書（様式第 6 号）
- ② 事業実施計画書（様式第 7 号）
- ③ 介護予防プログラム実施計画（様式第 8 号）
- ④ プログラム実施体制（様式第 9 号）
- ⑤ 履歴書（事業従事者）（様式第 10 号）
- ⑥ 送迎可能エリア確認書（様式第 11 号）
- ⑦ 安全管理マニュアル（任意様式）

(3) 提出部数

| 応募書類 | 提出部数 |
|---------------------------------|----------------------|
| (1) 事業実績書①～③ (2) 事業計画書①～④、⑥⑦ | 各 8 部（正本 1 部、副本 7 部） |
| (1) 事業実績書④～⑨ (2) 事業計画書⑤ | 1 部 |

※ 提出に際しての留意事項

- ・提出書類は A4 版サイズに揃え、様式第 12 号「応募書類確認票」に基づき、必要書類が全て揃っているか確認のうえ提出すること。
- ・事業実績書①～③、事業計画書①～④、⑥⑦は、1 部ずつまとめたものを 1 セットとし、1 セット

は正本とし、そのほか7セットは副本として作成し、計8セット提出すること。その際、ホチキス留めはせず、クリップ等でまとめること。

2 応募書類の評価

○ 審査基準

審査にあたっては、以下の審査基準を基に訪問・通所連動型短期集中予防サービスを運営する能力を総合的に評価する。なお、総合基準の判断基準として点数制を採用する。

ア 事業所の状況及び実施体制（30点）

応募事業者における事業実績、実施施設の設備、個人情報管理、安全管理、財務状況、職員の資質向上、職員体制、送迎範囲について審査を行う。

イ 基本方針等（20点）

フレイル改善に向けた取り組み、訪問・通所連動型短期集中予防サービス運営にあたっての考え方、地域包括支援センターとの連携、各時期の訪問時の支援方法についての審査を行う。

ウ プログラム内容等（50点）

具体的なプログラム内容、セルフケア支援、参加者が継続して介護予防に取り組むための工夫、中心となる担当者の資格及び実務経験、プログラム実施従事者の確保状況について審査を行う。

3 応募書類作成にあたっての留意点

(1) 事業実績書記載における留意点

① 応募申込書（様式第1号）

(ア) 「代表者職氏名」について

- ・「代表者職氏名」は契約者となる者を記入すること。
- ・支店長名で契約する場合は、「代表者職氏名」に支店長名を記載するほか、「所在地」は支店所在地、「法人名」は法人名に加えて支店名も併せて記載すること。
- ・様式第4号、様式第5号においても同様の取扱いとすること。

(イ) 「4 担当者連絡先」について

- ・応募書類に疑義がある場合、事務局より問い合わせをする場合があることから、提出書類の内容について十分把握している者を担当者として記載すること。

② 法人概要書（様式第2号）

(ア) 「仙台市内の事業所」について

- ・本社又は本部が仙台市以外にある場合を想定して設けた欄であるため、本社又は本部が仙台市内にある場合は記載不要。

(イ) 「沿革」、「法人理念・運営方針」、「業務内容」について

- ・既定の欄で記載しきれない場合は、法人の事業案内パンフレット等の資料を添付することで記入を簡略化してもよい。ただし、その場合でも、できるだけ各項目について記載した

上で、「別添資料のとおり」とすること。

(ウ)「従業員数」について

- ・従業員数は正社員の数に記載する。なお、原則として令和6年4月1日時点における従業員数の記載を求めるが、当該時点の把握が難しい場合は、いつ時点の従業員数であるか明記の上、記載すること。

③ 実績調書（様式第3号）

- ・法人概要書（様式第2号）の「沿革」に記載した事業のうち、主な事業を1ページに簡潔にまとめて記載すること。なお、対象となる期間は法人の設立以降、令和6年3月31日までとし、仙台市内外を含めて短期集中予防サービスの実施経験がある場合には、必ず記入すること。
- ・全国展開している法人は、支店管内のみの実績について記載し、全国の実績は別紙任意様式にまとめて記載すること（法人の事業案内パンフレットでも可とする）。

※ 実績調書の記入例

| 業務名 | 内容 |
|--------------|--------------------------------------|
| △○ケアプランセンター | 居宅介護支援事業所 |
| ○○荘 | 特別養護老人ホーム △△デイサービスセンターと併設 |
| △△デイサービスセンター | 通所介護事業所、訪問・通所連動型短期集中予防サービス ○○荘と併設 |
| ○△ケアセンター | 訪問介護サービス、訪問入浴サービス |
| □□病院 | 総合病院、通所リハビリテーション事業所 |
| □△シティホーム | 有料老人ホーム |
| □○お弁当センター | 高齢者向け配食サービス |

④ 応募資格を有していることについての誓約書（その2）（様式第5号）

- ・法人市民税（仙台市）並びに消費税及び地方消費税において、納税義務が課せられていない事業者は、納税義務がない理由を記載の上、本様式を提出すること。

※法人市民税（仙台市）並びに消費税及び地方消費税において、納税義務が課せられている事業者においては、直近2事業年度における納税証明書、又は滞納がないことの証明書を様式第5号に代えて提出すること。なお、いずれの証明書においても提出日から起算して3か月以内に発行された原本を提出すること。

- ・「納税義務がない理由」の記入の仕方において、一概に「社会福祉法人であれば全て非課税」と扱えるわけではないため、以下の点に留意して記載すること。

■法人市民税（仙台市）に関しては、収益事業を行わない社会福祉法人は非課税とされているため、収益事業を行わない場合は「収益事業を行わない社会福祉法人であるため法人市民税は非課税」と記載すること。

■消費税に関しては、社会福祉法人であっても原則として納税義務がある。ただし、非課税取引として規定されている取引（社会福祉事業、介護保険の給付のうち一定のもの等）を行い、結果的に基準期間の課税売上高が 1,000 万円以下になり、非課税となる場合は「基準期間の課税売上高が 1,000 万円以下であるため消費税及び地方消費税は非課税」と記入すること。

(2) 事業計画書記載における留意点

① 事業所計画書（様式第 6 号）

- ・「実施予定施設及び会場の場所」の添付書類として、「地図」、「施設全体平面図（マーカー等で実施予定場所を明記すること）」、「写真（建物全景及び実施予定場所全体が確認できるもの）」を提出すること。

② 事業実施計画書（様式第 7 号）

- ・訪問・通所連動型短期集中予防サービスを実施するにあたっての基本方針等について、様式に従い、項目毎に具体的に記載すること。

③ 介護予防プログラム実施計画（様式第 8 号）

- ・実施予定のプログラム内容について、様式に従い具体的に記載すること。
- ・各回における従事する職種と、合計職員数についても記載すること。

④ プログラム実施体制（様式第 9 号）及び履歴書（事業従事者）（様式第 10 号）

- ・各職員の氏名、年齢、最終学歴等について記載するとともに、資格保有者が従事する場合は、その資格を有する証明書の写しを必ず添付すること。
- ・応募時点において、具体的な人員配置計画が決まっていない場合は、氏名欄に「(予定)」と記載すること。

⑤ 送迎可能エリア確認書（様式第 11 号）

- ・送迎を実施する予定地域について、概ね中学校区単位で記載すること。
- ・事業所の位置と送迎可能エリアをマーカーなどで明記した地図を添付すること。

(様式第 1 号)

令和 年 月 日

(あて先) 仙台市長

所在地

法人名

代表者職氏名

印

訪問・通所連動型短期集中予防サービス事業委託事業者の選定にあたり、下記のとおり応募します。

記

1 実施予定事業所名

| |
|--|
| |
|--|

2 提出書類

様式第 12 号「応募書類確認票」にチェックしたとおり。

3 担当者連絡先

| | | | |
|-----------|--|--------|--|
| 氏名 | | 電話番号 | |
| 部署・職名 | | FAX 番号 | |
| E メールアドレス | | | |

(様式第2号)

法人概要書

令和 年 月 日作成

| | | | | |
|--|-------------------------------|--|--------|--|
| 本社又は 本部 | 法人名 | | | |
| | 所在地 | | 電話番号 | |
| | 代表者名 | | FAX 番号 | |
| | 設立年月日 | | | |
| 仙台市内の 事業所 ※本社又は 本部が仙台 市内にある 場合は記載 不要 | 名称 | | | |
| | 所在地 | | 電話番号 | |
| | 代表者名 | | FAX 番号 | |
| | 設立年月日 | | | |
| 沿革 | | | | |
| 法人理念・ 運営方針 | | | | |
| 業務内容 | | | | |
| 主な実績 | 実績調書(様式第3号)のとおり | | | |
| 従業員数 | 人(令和6年4月1日) (内、仙台市内事業者_____人) | | | |

※記載欄が不足するときは別紙任意様式を添付してください。

(様式第3号)

実績調書

| | 番号 | 開始時期 | 業務名 | 内容 |
|---------|----|-------------|-----|----|
| 仙台市内の実績 | 1 | __年__月 ～ | | |
| | 2 | __年__月 ～ | | |
| | 3 | __年__月 ～ | | |
| | 4 | __年__月 ～ | | |
| | 5 | __年__月 ～ | | |
| | 6 | __年__月 ～ | | |
| | 7 | __年__月 ～ | | |
| | 8 | __年__月 ～ | | |
| 仙台市外の実績 | 1 | __年__月 ～ | | |
| | 2 | __年__月 ～ | | |
| | 3 | __年__月 ～ | | |
| | 4 | __年__月 ～ | | |
| | 5 | __年__月 ～ | | |
| | 6 | __年__月 ～ | | |

※短期集中予防サービス事業の実施経験も含む

(様式第 4 号)

応募資格を有していることについての誓約書(その1)

令和 年 月 日

(あて先) 仙台市長

所在地

法人名

代表者職氏名

印

訪問・通所連動型短期集中予防サービス事業委託事業者の応募に際し、下記のとおり誓約します。

記

1 法人又は法人の代表者が次の者に該当しておりません。

(1)法律行為を行う能力を有しない者

(2)破産者で復権を得ない者

(3)地方自治法施行令(昭和 22 年政令第 16 号)第 167 条の 4 第 2 項(同項を準用する場合を含む。)の規定により仙台市における一般競争入札等の参加を制限されている者

(4)地方自治法(昭和 22 年法律第 67 号)第 92 条の 2、第 142 条(同条を準用する場合を含む。)又は第 180 条の 5 第 6 項の規定に抵触することとなる者

(5)会社更生法(平成 14 年法律第 154 号)及び民事再生法(平成 11 年法律第 225 号)等による手続きをしている法人

(6)暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律(平成 3 年法律第 77 号)第 2 条第 2 号に掲げる暴力団及びそれらの利益となる活動を行う法人

(7)本市における訪問・通所連動型短期集中予防サービス実施事業者の選定の手続きにおいて、その公正な手続きを妨げた者又は公正な価格の成立を害し、若しくは不正の利益を得るために連合した者

(8)法人市民税(仙台市)並びに消費税及び地方消費税を滞納している者

(様式第 5 号)

応募資格を有していることについての誓約書(その2)
(該当する法人のみ提出)

令和 年 月 日

(あて先) 仙台市長

所在地

法人名

代表者職氏名

印

訪問・通所連動型短期集中予防サービス事業委託事業者の応募に際し、下記のとおり誓約します。

記

1 法人市民税(仙台市)並びに消費税及び地方消費税の納税義務はありません。

【納税義務がない理由】

(様式第 6 号)

事業所計画書

| | | | |
|--------------------|--|-------------------------|---|
| ①実施予定事業所 住所 | 〒____-_____ 住所 仙台市____区_____ | | |
| ②電話番号 | — | ③FAX 番号 | — |
| ④交通条件(当てはまるものに○) | JR 地下鉄 (_____ 駅から徒歩____分) 市営バス 宮交バス (_____ 停留所から徒歩____分) その他 (_____) | | |
| ⑤実施予定施設延床面積 | m ² | | |
| ⑥プログラム実施会場の概要 | ・面積 | m ² | |
| | ・独立か共有か(どちらかに○) | 独立 共有(パーティションによる仕切りを含む) | |
| | | 共有する場所(部屋)とその理由 | |
| ・付帯設備(洗面台等)の有無について | | | |
| ⑦実施予定施設及び会場の場所 | <ul style="list-style-type: none"> ・実施予定施設の所在地地図 ・施設全体平面図(マーカー等で実施予定場所を明記すること) ・写真(建物全景及び実施予定場所全体が確認できるもの)を添付すること | | |
| ⑧会場の見取り図 | <ul style="list-style-type: none"> ・別途任意様式でも可能 | | |

(様式第 7 号)

事業実施計画書

| | |
|----------|--|
| 法人名 | |
| 実施予定事業所名 | |

訪問・通所連動型短期集中予防サービス事業実施計画書

1 訪問・通所連動型短期集中予防サービス事業実施にあたっての基本方針

(1) フレイル状態の改善に向けた具体的な取り組みについて

(2) 訪問・通所連動型短期集中予防サービス事業をどのように実施するのか、その考え方
(本事業は総合事業のなかでも「改善可能性のある方がもとの生活を取り戻すこと」が成果として求められていることを踏まえて記載してください)

(3) 地域包括支援センターとの具体的な連携方法について

(裏面に続く)

(4) 各時期の訪問(初回アセスメント、モニタリング、事後アセスメント、クールに間に合わない方への事前訪問)の支援方法について

2 運営体制

(1) 個人情報の取扱い

※ ワイヤロックなどによる個人情報を扱う端末の盗難、持ち出しの防止、パソコンへの不正アクセスの防止対策、作業場所及び個人情報の保管場所の鍵の管理等を具体的に記載すること。

(2) 災害時、緊急時の対策 ※別途安全管理マニュアル(任意様式)添付

(3) 配置職員の資質向上に向けた研修機会の確保について

3 事業者として培ってきた経験と実績

※ 高齢者に対して運動プログラム等を提供することについて、これまで培ってきた貴事業所の経験と実績を、本事業にどのように活かすことができるのか、具体的に記載すること。

(様式第8号)

介護予防プログラム実施プラン

| | |
|--------|--|
| 実施事業所名 | |
| 記載者 | |

○スケジュール・内容

※個々に合わせたサービス提供が必要であることから、例えば1人の利用者への支援をイメージして概ねの目安で記載してください

| 回数 | 月日 | 曜日 | 開始 | 0:30 | 1:00 | 1:30 | 2:00 | 従事職種 | 人数 |
|------|------|----|----|------|------|------|------|------|----|
| 第1回 | 記載不要 | | | | | | | | |
| 第2回 | | | | | | | | | |
| 第3回 | | | | | | | | | |
| 第4回 | | | | | | | | | |
| 第5回 | | | | | | | | | |
| 第6回 | | | | | | | | | |
| 第7回 | | | | | | | | | |
| 第8回 | | | | | | | | | |
| 第9回 | | | | | | | | | |
| 第10回 | | | | | | | | | |
| 第11回 | | | | | | | | | |
| 第12回 | | | | | | | | | |

<プログラム全体の説明等> 配置職員の専門性をいかしたうえで、12回どのように実施するか記載してください

<参加者の個性を重視したプログラムの内容の工夫>

<セルフケア支援について①> サービス提供とサービス提供の間に利用者が自主的に運動を継続するためのプログラム内容について

<セルフケア支援について②> 利用者のセルフケアにつながるよう、フレイル予防手帳をどのように活用するか

<サービス終了後も回復した機能を維持するための支援について>

<訪問と通所の運動について> 各時期の訪問(初回アセスメント、モニタリング、事後アセスメント、参加したいクールに間に合わない時の訪問)について、どのように通所と運動させて効果的に利用者の意欲を高めたり自立を促すための工夫を行うか

実施を想定している曜日及び時間帯

介護予防プログラム実施プラン

| | |
|--------|----------|
| 実施事業所名 | 〇〇〇〇 事業所 |
| 記載者 | ●●●● |

〇スケジュール・内容

※個々にあわせてサービス提供が必要であることから、例えば1人の利用者への支援をイメージして概ねの目安で記載してください

| 回数 | 月日 | 曜日 | 開始 | 0:30 | 1:00 | 1:30 | 2:00 | 従事職種 | 人数 | | | |
|------|----|----|----------|--------------|--------------------------|---------------|---------------|----------------|----------------|-------------------|-------------------|----------------|
| 第1回 | | | バイタルチェック | 開会・オリエンテーション | 【講話】 | 体力測定の説明 | ストレッチ 体力測定 | ストレッチ・バイタルチェック | 終了 | 職種名 職種名 職種名 | 1名 1名 1名 | |
| 第2回 | | | バイタルチェック | オリエンテーション | 【講話】前回の振り返り 体力測定の結果説明 | 【実技】 ストレッチ | 筋力トレーニング | クールダウン | バイタルチェック | 終了 | 職種名 職種名 職種名 | 1名 1名 1名 |
| 第3回 | | | バイタルチェック | オリエンテーション | セルフマネジメント支援 | 【実技】 ストレッチ | 筋力トレーニング | クールダウン | バイタルチェック | 終了 | 職種名 職種名 職種名 | 1名 1名 1名 |
| 第4回 | | | バイタルチェック | オリエンテーション | セルフマネジメント支援 | 【実技】 ストレッチ | 筋力トレーニング | クールダウン | バイタルチェック | 終了 | 職種名 職種名 職種名 | 1名 1名 1名 |
| 第5回 | | | バイタルチェック | オリエンテーション | 【講話】 | 体力測定の説明 | ストレッチ 体力測定 | ストレッチ・バイタルチェック | 終了 | 職種名 職種名 職種名 | 1名 1名 1名 | |
| 第6回 | | | バイタルチェック | オリエンテーション | 【講話】前回の振り返り 体力測定の結果説明 | 【実技】 ストレッチ | 筋力トレーニング | クールダウン | バイタルチェック | 終了 | 職種名 職種名 職種名 | 1名 1名 1名 |
| 第7回 | | | バイタルチェック | オリエンテーション | セルフマネジメント支援 | 【実技】 ストレッチ | 生活機能向上訓練 | クールダウン | バイタルチェック | 終了 | 職種名 職種名 職種名 | 1名 1名 1名 |
| 第8回 | | | バイタルチェック | オリエンテーション | セルフマネジメント支援 | 【実技】 ストレッチ | 生活機能向上訓練 | クールダウン | バイタルチェック | 終了 | 職種名 職種名 職種名 | 1名 1名 1名 |
| 第9回 | | | バイタルチェック | オリエンテーション | 【講話】 | 体力測定の説明 | ストレッチ 体力測定 | ストレッチ・バイタルチェック | 終了 | 職種名 職種名 職種名 | 1名 1名 1名 | |
| 第10回 | | | バイタルチェック | オリエンテーション | 【講話】前回の振り返り 体力測定の結果説明 | 【実技】 ストレッチ | 生活機能向上訓練 | クールダウン | バイタルチェック | 終了 | 職種名 職種名 職種名 | 1名 1名 1名 |
| 第11回 | | | バイタルチェック | オリエンテーション | セルフマネジメント支援 | 【実技】 ストレッチ | 生活機能向上訓練 | クールダウン | バイタルチェック | 終了 | 職種名 職種名 職種名 | 1名 1名 1名 |
| 第12回 | | | バイタルチェック | オリエンテーション | 【実技】 ストレッチ | 生活機能向上訓練 | クールダウン | バイタルチェック | 閉会・サービス利用の振り返り | 職種名 職種名 職種名 | 1名 1名 1名 | |

<プログラム全体の説明等> 配置職員の専門性をいかしたうえで、12回どのように実施するか記載してください
 サービス提供期間における各月において、1か月目は……2か月目は……3か月目は……

<参加者の個性を重視したプログラムの内容の工夫>
 利用者のご意向を踏まえつつ、事前に利用者の居宅や生活環境を訪問し、そこで利用者のできること、できないことを把握した上で、利用者一人ひとりに合ったプログラムを提供して参ります。また、……

<セルフケア支援について①> サービス提供とサービス提供の間に利用者が自主的に運動を継続するためのプログラム内容について
 教室のなかで自宅でも取り組みやすい運動を取り入れてプログラムを実施したり、自宅での生活行為のなかで意識する点、工夫する点などをお伝えして、自宅での継続して取り組みの工夫をして参ります。
 主な内容や視点は以下のとおり
 ……
 ……

<セルフケア支援について②> 利用者のセルフケアにつながるよう、フレイル予防手帳をどのように活用するか
 <セルフケア支援について①>に記載した自宅でもできる運動について、次の通所サービスまでに記載していただく。また、……

<サービス終了後も回復した機能を維持するための支援について>
 セルフケア支援について①に記載した自宅でもできる運動について、次の通所サービスまでに記載していただく。また、……

<訪問と通所の運動について> 各時期の訪問(初回アセスメント、モニタリング、事後アセスメント、参加したいユーザーに合わない時の訪問)について、どのように通所と運動させて効果的に利用者の意欲を高めたり自立を促すための工夫を行うか
 初回アセスメントでは、……必要時、モニタリング訪問を入れながら……事後アセスメントでは、……待機中の訪問については……

実施を想定している曜日及び時間帯

・毎週 水曜日(祝日にあたる場合、変更あり)
 ・時間帯 10:00～12:00

(様式第 10 号)

履歴書 (事業従事者)

| | |
|----------------------------------|------------|
| 氏 名 | |
| 年 齢 | |
| 最終学歴 | |
| 福祉に関する職歴 (従事した期間も併せてご記入ください。) | |
| 資 格 | |
| 採用年月日 | 年 月 |
| 雇用形態 | 常勤・非常勤・職員外 |
| 業務以外のボランティア・地域活動等に関する実績 | |
| 備 考 | |

※雇用形態欄には、常勤・非常勤・職員外の別や、委託により従事者を確保している場合には事業者名を記入してください。

※「職員外」は、外部講師等職員以外の従事者をいいます。

※「採用年月日」については、事業従事者が採用予定者である場合には、年月日のあとに（予定）とご記入ください。

※備考欄に職員に関してアピールしたい点があれば記載してください。また、事業を行うにあたり有効な研修等を受講している場合は、その名称を記入してください。（修了証の写しを添付してください。）

※資格を有する証明書（写し）を必ず添付してください。

(様式第 11 号)

送迎可能エリア確認書

貴事業所で送迎の実施が可能な地域を下欄に具体的にご記入ください。

① 送迎予定地域について、概ね中学校区単位でご記入ください。

| |
|------|
| 中学校区 |
|------|

② 上記範囲以外から送迎希望者がいた際に送迎可能な交通結節点等をご記入ください。

| |
|--|
| |
|--|

③ 事業所の位置と送迎可能エリアの範囲がわかる地図（任意様式）を添付してください。

| |
|----------------|
| (送迎予定地域) ※地図添付 |
|----------------|

(様式第 12 号)

応募書類確認票

以下の応募書類を確認のうえ、必ず□にチェックを入れ、(1)事業実績書と(2)事業計画書を一緒に提出すること。なお、事業実績書①～③、事業計画書①～④、⑥⑦は、1部ずつまとめたものを1セットとし、1セットは正本とし、そのほか7セットは副本として作成し、計8セット提出すること。その際、ホチキス留めはせず、クリップ等でまとめること。

(1) 事業実績書(①～③:8部ずつ、④～⑨:1部ずつ)

- ① 応募申込書(様式第1号)
- ② 法人概要書(様式第2号)
- ③ 実績調書(様式第3号)
- ④ 応募資格を有していることについての誓約書(その1)(様式第4号)
- ⑤-1 納税義務がある法人は法人市民税(仙台市)並びに消費税及び地方消費税に関する直近2事業年度の納税証明書又は滞納がないことの証明書を提出
- ⑤-2 納税義務がない法人は「応募資格を有していることについての誓約書(その2)(様式第5号)」を提出
- ⑥ 定款、寄附行為又はこれらに類するもの
- ⑦ 法人登記簿謄本(履歴事項全部証明書)(※提出日から起算して3か月以内に発行されたもの)
- ⑧ 法人の経営状況等に関する書類(直近2事業年度の財務諸表(財産目録、貸借対照表、事業報告書、損益計算書))
- ⑨ 印鑑証明書(※提出日から起算して3か月以内に発行されたもの)

(2) 事業計画書(①～④、⑥⑦:8部ずつ、⑤:1部)

- ① 事業所計画書(様式第6号)
- ② 事業実施計画書(様式第7号)
- ③ 介護予防プログラム実施計画(様式第8号)
- ④ プログラム実施体制(様式第9号)
- ⑤ 履歴書(事業従事者)(様式第10号)、人員に関する資格証明書の写し
- ⑥ 送迎可能エリア確認書(様式第11号)、事業所の位置と送迎可能エリアの範囲がわかる地図(任意様式)
- ⑦ 安全管理マニュアル

(様式第 13 号)

送信先 (※添書不要)

仙台市役所地域包括ケア推進課 村上 あて

FAX 番号 022-214-8980

ファクシミリ施行 (締切 令和6年4月5日 (金) 17時)

訪問・通所連動型短期集中予防サービス実施事業者公募に関する質問書

発信者

| | |
|--------|--|
| 法人名 | |
| 担当者 | |
| 電話番号 | |
| FAX 番号 | |

質問事項