

**仙台市フレイル予防応援教室(通所型)(出張型)
委託事業者応募書類**

令和6年3月

仙 台 市

【目次】

仙台市フレイル予防応援教室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	19
様式第13号	20

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 フレイル予防応援教室事業実施見積書（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フレイル予防応援教室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、見積りの妥当性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、フレイル予防応援教室の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、参加者のセルフケア定着を図るため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、担当者の資格及び実務経験、セルフケア支援の具体的な内容、参加者が回復した機能を維持するための支援、地域の通いの場やインフォーマルサービス把握のための取り組み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、様式第11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一般介護予防事業、元気応援教室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、○○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ない事業者においては、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）

※「出張型」のみ希望する場合は提出不要

- ・「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）

- ・フレイル予防応援教室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。

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 フレイル予防応援教室事業実施見積書（様式第 11 号）

- ・フレイル予防応援教室事業実施にあたり必要となる人件費、事務運営費（備品費、消耗品費、保険料、通信費、光熱水道費、会場使用料（※）、出張費（※）等教室運営にかかるもの）相当分の費用について、その内訳を明記した上で記載すること。（※）出張型のみ
- ・本事業の実施に関わらない他の事業に必要な物品を購入するため等の目的で活用することは認められないため留意すること。
- ・なお、本見積書は書類審査資料として徴収するものであり、公募の結果、委託に至った事業所に対しては、契約前に改めて事業実施見積を徴収する。

(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

フレイル予防応援教室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 受託希望事業(以下のうち、希望する事業のいずれか、もしくは両方を○で囲む。)

ア 通所型

イ 出張型

2 実施予定事業所名

--

3 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。

4 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 ～		

※仙台市の一般介護予防事業、元気応援教室実施経験も含む

(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

フレイル予防応援教室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)本市におけるフレイル予防応援教室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

フレイル予防応援教室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】

※出張型のみ応募する
場合は提出不要

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 		

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添付(任意様式)

(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より、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計画

実施事業所名		記載者名	
実施を想定している 主な曜日		実施時間	

1 プログラムの内容について

<運動プログラム>

どのような内容を12回の教室で行うのか具体的に記載してください

※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

<口腔プログラム(有・無)>※どちらかに○をして、有の場合は以下に記載してください。

どのような内容を行うのか具体的に記載してください

<栄養プログラム（有・無）>※どちらかに○をして、有の場合は以下に記載してください。

どのような内容を行うのか具体的に記載してください

2 セルフケア定着のために、教室と教室の間も参加者がセルフケアを行うための具体的な取り組みについて

3 フレイル予防手帳の活用について（利用者のセルフケアにつながるような具体的な活用方法について）

4 教室終了後も参加者が運動を含むセルフケアや外出を継続するための具体的な取り組みについて

5 地域の通いの場やインフォーマルサービス把握のための取り組みについて

(様式第9号)

プログラム実施体制

職種	資格	役割	氏名	経験年数	これまで経験した業務		高齢者を対象とした運動プログラム等の実施経験			
					施設名	業務内容	経験の有無	経験年数	従事した施設	従事した内容
教室指導員										

- ※ 既に従事することが決定している方についてご記入ください(履歴書添付)。確保予定の場合には氏名欄には(予定)とのみご記入ください。
- ※ 「職種」「資格」については証明する書類の写しを添付してください。
- ※ 「これまで経験した業務」については、資格・職種が必要となる職種の職員として従事した施設について記入してください。
- ※ 「経験年数」については、資格を取得してからの年数ではなく、資格・職種を生かして勤務した施設でのトータルの勤務年数を記入してください。

(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。

フレイル予防応援教室事業実施見積書

(あて先) 仙台市健康福祉局長

法人名 _____
 代表者職氏名 _____ 印
 実施事業所名 _____

【教室運営費】※教室1回あたり (単位:円)

		金額	金額の説明	備考
利用者 1～5人 【定額】	人件費			
	事務運営費			
	小計(税抜き)	0		
	消費税等	0		
	合計	0	(A)	

		金額	金額の説明	備考
(利用者 16人あたり 10人)	人件費			
	事務運営費			
	小計(税抜き)	0		
	消費税等	0		
	合計	0	(B)	

【口腔プログラム】※実施するときのみ

		金額	金額の説明	備考
口腔プログラム	人件費			
	事務運営費			
	小計(税抜き)	0		
	消費税等	0		
	合計	0	(C)	

【栄養プログラム】※実施するときのみ

		金額	金額の説明	備考
栄養プログラム	人件費			
	事務運営費			
	小計(税抜き)	0		
	消費税等	0		
	合計	0	(D)	

【↓自動計算】 委託料総額(契約期間内に毎教室最大可能人数を受け入れ、開催最大回数を実施した場合)

教室運営費
 1～5人委託料【定額】 + 6人以上委託料【定額】 × 受け入れ人数 × 年間最大回数 = 0 円
 (A) (B)

口腔プログラム
 0 × 3 回 = 0 円
 C

栄養プログラム
 0 × 3 回 = 0 円
 D

総合計額 0 + 0 + 0 = 0 円

フレイル予防応援教室事業実施見積書

(あて先) 仙台市健康福祉局長

法人名	
代表者職氏名	印
実施事業所名	

【教室運営費】※教室1回あたり (単位:円)

		金額	金額の説明	備考
利用者 1 ~ 5 人 【 定 額 】	人件費	10,000	2,500円×4時間	教室指導員1人×4時間
		4,000	2,000円×2時間	事務員1人×2時間
	事務運営費	2,800	700円×4時間	光熱水費等
		2,500	500円×5人	消耗品費
		650	130円×5人	通信費
		500	100円×5人	保険料
	小計(税抜き)	20,450		
	消費税等	2,045		
	合計	22,495	(A)	

		金額	金額の説明	備考
(利用者 16人 あたり 10人)	人件費	1,500	2,000円×45分	事務員1人×45分
	事務運営費	500	500円×1人	消耗品費
		130	130円×1人	通信費
		100	100円×1人	保険料
	小計(税抜き)	2,230		
消費税等	223			
合計	2,453	(B)		

【口腔プログラム】※実施するときのみ

		金額	金額の説明	備考
口腔 プ ロ グ ラ ム	人件費	8,450	6,500円×1.3	歯科衛生士×1.3時間
	事務運営費	500	500円	消耗品費
	小計(税抜き)	8,950		
	消費税等	895		
合計	9,845	(C)		

【栄養プログラム】※実施するときのみ

		金額	金額の説明	備考
栄養 プ ロ グ ラ ム	人件費	8,450	6,500円×1.3	管理栄養士×1.3時間
	事務運営費	500	500円	消耗品費
	小計(税抜き)	8,950		
	消費税等	895		
合計	9,845	(D)		

【↓自動計算】 委託料総額(契約期間内に毎教室最大可能人数を受け入れ、開催最大回数を実施した場合)

教室運営費

1~5人委託料【定額】

$$(\text{22,495} + \text{2,453} \times \text{5人}) \times \text{36回} = \text{1,251,360} \text{円}$$

(A) (B)

口腔プログラム

$$\text{9,845} \times \text{3回} = \text{29,535} \text{円}$$

C

栄養プログラム

$$\text{9,845} \times \text{3回} = \text{29,535} \text{円}$$

D

総合計額

$$\text{1,251,360} + \text{29,535} + \text{29,535} = \text{1,310,430} \text{円}$$

(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、8セットに分けて提出すること。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プラン(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 フレイル予防応援教室事業実施見積書(様式第11号)
- 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)

フレイル予防応援教室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