

**仙台市フレイル予防応援教室
委託事業者応募書類**

令和7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

応募書類一覧と提出部数	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

○ 留意点	2
-------	---

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	18
様式第10号	19
様式第11号	20
様式第12号	22
様式第13号	23

1 応募書類の一覧と提出部数

確認	No.	提出書類	様式	提出部数	
				正本	副本
<input type="checkbox"/>	①	応募書類	様式第1号	1	5
<input type="checkbox"/>	②	法人概要書	様式第2号	1	5
<input type="checkbox"/>	③	実績調書	様式第3号	1	5
<input type="checkbox"/>	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	1	0
<input type="checkbox"/>	⑤	(ア) (イ) いずれかの書類		1	0
		(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)を提出	様式第5号		
<input type="checkbox"/>	⑥	定款、寄附行為、又はこれらに類するもの		1	0
<input type="checkbox"/>	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)		1	0
<input type="checkbox"/>	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)) ※収支がマイナスの場合は、今後の見通しや法人全体でカバーできるかなど、事業実施が可能か判断できる説明書(任意様式)を添付		1	0
<input type="checkbox"/>	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)		1	0
<input type="checkbox"/>	⑩	事業所計画書	様式第6号	1	5
<input type="checkbox"/>	⑪	事業実施計画書	様式第7号	1	5
<input type="checkbox"/>	⑫	介護予防プログラム実施計画書	様式第8号	1	5
<input type="checkbox"/>	⑬	プログラム実施体制	様式第9号	1	5
<input type="checkbox"/>	⑭	履歴書(事業従事者)	様式第10号	1	0
<input type="checkbox"/>	⑮	フレイル予防応援教室事業実施見積書	様式第11号	1	5
<input type="checkbox"/>	⑯	安全管理マニュアル	任意様式	1	5

○ 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。
- ・①～③、⑩～⑬、⑮⑯の書類は、1セットを正本とし、そのほか5セットは副本として作成し、計6セット提出する。書類はホチキス留めはせず、クリップ等でまとめること。
- ・「通所型」「出張型」双方の申し込みをする際や同法人が複数個所の申し込みをする際は以下のとおりとするが、不明な点は個別に部数を案内するため、事務局に連絡し確認すること。

<「通所型」「出張型」双方の申し込みをする際の提出方法>

「通所型」「出張型」それぞれ提出する。

内容が変わらないものはコピーでも可能。(②③④⑥⑦⑧⑨等)

<同法人が複数箇所において申し込みをする際の提出方法>

実施場所ごとにそれぞれ提出する。内容が変わらないものはコピーでも可能。(②③④⑥⑦⑧⑨等)

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、運営方針、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 フレイル予防応援教室実施計画 (70点)

栄養プログラムの実施内容（実施しない場合は代替えの内容）、口腔プログラムの実施内容（実施しない場合は代替えの内容）、12回のプログラムの具体的な内容とその根拠、これまで培ってきた経験と実績をどう事業に反映させるか、随時募集受け入れの工夫、地域包括支援センターとの連携、事業卒業後のセルフケアや外出を定着させるための工夫、フレイル予防手帳の活用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 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を記載する。なお、原則として令和7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）

- ・受託を希望する事業所における、高齢者向けのサービス実施や高齢者を対象としたフレイル予防の取り組みに関する実績のうち主な事業を1ページに簡潔にまとめて記載すること。なお、対象となる期間は事業所の開設から令和7年3月31日までとし、仙台市内外を含めて記載する。特に、一般介護予防事業、元気応援教室（令和5年度まで仙台市で実施していた事業）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する。
- ・法人全体もしくは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（以下は、各々の事業の記載例として参照のこと）

業務名	内容
通所介護型サービス	事業対象者、要支援者へサービス提供
生活支援通所型サービス	事業対象者、要支援者へサービス提供
通所介護	要介護者へサービス提供
一般介護予防事業	〇〇地域包括支援センターの介護予防教室講師
一般介護予防事業	〇〇サロンへ健康運動指導士派遣

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。

- ⑤ 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））
- ・収支がマイナスの場合は、今後の見通しや法人全体でカバーできるかなど、事業実施が可能か判断できる説明書（任意様式）を添付すること。
- ⑥ 事業所計画書（様式第 6 号）
- ・出張型の応募で、事務局が想定する地区での開催を希望する場合は①に開催地区の記載。
 - ・「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（マーカール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。
- ⑦ 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、項目毎に様式におさまるように簡潔に記載すること。
- ⑧ 介護予防プログラム実施計画書（様式第 8 号）
- ・実施予定のプログラム内容について、様式に従い項目毎に様式におさまるように簡潔に記載すること。
- ⑨ 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。
- ⑩ 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を○で囲む。出張型を希望する場合は実施場所を記載)

ア 通所型

イ 出張型 (実施場所:)

- 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7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

※この調書には法人全体の実績ではなく、貴事業所の実績を記載してください。主な事業を1ページに簡潔にまとめて記載ください。特に一般介護予防事業や元気応援教室(令和5年度まで仙台市で実施していた事業)は必ず記載してください。

	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 ～		

(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】

(様式第 6 号)

※「出張型」応募で、本市が想定する地区での開催の場合は①に開催地区のみ記載。

事業所計画書

①事業実施予定の住所(※開催地区)	〒____ - ____ 住所 仙台市____区_____		
	出張型で本市が想定する地区で実施する場合 (地区名: _____)		
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			
⑥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 		
⑦会場の見取り図	<ul style="list-style-type: none"> ・別途任意様式でも可能 		

事業実施計画書

法人名	
実施予定事業所名	

1 フレイル予防応援教室実施にあたっての基本方針

(1) 貴事業所の基本理念・方針について

(2) フレイル予防の趣旨を踏まえた具体的な運営方針について

2 運営体制

(1) 個人情報の取り扱い

※ワイヤー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を提出してください。マニュアルを基に本事業の内容に沿った災害時、緊急時の対策を記載してください。

(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

※様式（5ページ）におさま
るよう簡潔に記載してくだ
さい

（様式第8号）

介護予防プログラム実施計画書

法人名				
実施予定事業所名				
事業所住所	〒			
実施する曜日と時間	曜日	月・火・水・木・金	時間	: ~ :
プログラム責任者名				

1 栄養プログラムの実施について

「実施あり」「実施なし」のいずれかに☑し、必要事項を記載してください。

<input type="checkbox"/> 実施あり →右欄に記載	<p>【従事する職種と提供内容を記載してください】 ※管理栄養士もしくは栄養士必須</p> 職種: 内容:
<input type="checkbox"/> 実施なし →右欄に記載	<p>【栄養はフレイル予防の3本柱の1つです。どのように栄養の重要性を伝えるか記載してください】</p> 内容:

2 口腔プログラムの実施について

「実施あり」「実施なし」のいずれかに☑し、必要事項を記載してください。

<input type="checkbox"/> 実施あり →右欄に記載	<p>【従事する職種と提供内容を記載してください】 ※歯科衛生士もしくは言語聴覚士必須</p> 職種: 内容:
<input type="checkbox"/> 実施なし →右欄に記載	<p>【口腔はフレイル予防の3本柱の1つです。どのように口腔の重要性を伝えるか記載してください】</p> 内容:

3 運動プログラムの実施について

実施するプログラムの具体的内容を記入してください。また、プログラムの根拠も示してください。特に、1 回ごとの教室終了後に自宅でもできる取り組みにつなげること、3か月の事業終了後に日常生活のなかで継続できる取り組みの実施につなげることや運動以外の社会参加の促しについて、プログラムにどのように組み込み、本事業の目的を達成するか意識して記載してください。

3か月のプログラム内容		プログラムの根拠
1 月 目	1・2週	
	3・4週	
2 月 目	5・6週	
	7・8週	

3か月のプログラム内容			プログラムの根拠
3 月	9・10 週		
	11・12 週		

4 1～3で記載したプログラム実施にあたり、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生かすことができるのか、具体的に記載してください。

5 本事業は随時募集であるため、習熟度の異なる参加者が一緒に参加します。スムーズに教室を実施するための工夫を記載してください。

6 本事業は特に地域包括支援センターとの連携を重視しています。どのように連携を図るか、もしくはすでに連携が図れている点があれば記載してください。

7 3か月の事業が終了したあとも参加者が運動を含むセルフケアや外出の継続をするためにどのような取り組みを行うか記載してください。

8 フレイル予防手帳の活用方法について具体的に記載してください。

(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

$$\left(\begin{matrix} \text{1～5人委託料【定額】} \\ 0 \end{matrix} \right) + \begin{matrix} \text{6人以上委託料【定額】} \\ 0 \end{matrix} \times \begin{matrix} \text{受け入れ人数} \\ 5 \text{人} \end{matrix} \times \begin{matrix} \text{年間最大回数} \\ 36 \text{回} \end{matrix} = \begin{matrix} 0 \end{matrix} \text{円}$$

(A) (B)

口腔プログラム

$$0 \times 3 \text{回} = 0 \text{円}$$

C

栄養プログラム

$$0 \times 3 \text{回} = 0 \text{円}$$

D

総合計額

$$0 + 0 + 0 = 0 \text{円}$$

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)	通所型：上限 22,500 円 出張型：上限 27,500 円

		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)	通所型・出張型：上限 2,500 円	

【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)	上限 10,000 円	

【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)	上限 10,000 円	

【↓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】

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

口腔プログラム

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

栄養プログラム

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

総合計額

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

(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、提出すること。なお、①～③、⑩～⑬、⑮⑯の書類は、1 セットは正本とし、そのほか5セットは副本として作成し、計6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。

確認	No.	提出書類	様式	提出部数	
				正本	副本
<input type="checkbox"/>	①	応募書類	様式第 1 号	1	5
<input type="checkbox"/>	②	法人概要書	様式第 2 号	1	5
<input type="checkbox"/>	③	実績調書	様式第 3 号	1	5
<input type="checkbox"/>	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	1	0
<input type="checkbox"/>	⑤	(ア) (イ) いずれかの書類		1	0
		(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) を提出	様式第 5 号		
<input type="checkbox"/>	⑥	定款、寄附行為、又はこれらに類するもの		1	0
<input type="checkbox"/>	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)		1	0
<input type="checkbox"/>	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)) ※収支がマイナスの場合は、今後の見通しや法人全体でカバーできるかなど、事業実施が可能か判断できる説明書 (任意様式) を添付		1	0
<input type="checkbox"/>	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)		1	0
<input type="checkbox"/>	⑩	事業所計画書	様式第 6 号	1	5
<input type="checkbox"/>	⑪	事業実施計画書	様式第 7 号	1	5
<input type="checkbox"/>	⑫	介護予防プログラム実施計画書	様式第 8 号	1	5
<input type="checkbox"/>	⑬	プログラム実施体制	様式第 9 号	1	5
<input type="checkbox"/>	⑭	履歴書 (事業従事者)	様式第10号	1	0
<input type="checkbox"/>	⑮	フレイル予防応援教室事業実施見積書	様式第11号	1	5
<input type="checkbox"/>	⑯	安全管理マニュアル	任意様式	1	5

(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 7 年 3 月 31 日 (月) 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