

特 定 施 設 入 居 者 生 活 介 護
事 業 者 募 集 要 項

平 成 29 年 4 月

三 豊 市

1. 公募の目的

三豊市では、「第6期介護保険事業計画（平成27年度～平成29年度）」に基づき、介護保険事業基盤の整備及び適正な運用を図るため、市内に特定施設入居者生活介護事業所を設置運営する事業者を公募により選定します。

2. 募集対象となるサービス(特定施設入居者生活介護)

| サービス種別 | 募集対象とする日常生活圏域 | 募集数 |
|------------------------|---------------|------------|
| 特定施設入居者生活介護 (介護専用型) | 三豊市内全圏域 | 1施設 60床 |

3. 事業整備年度

平成29年度内(平成30年3月末日まで)に運営を開始するものとします。

4. 公募資格対象者及び要件

特定施設入居者生活介護を長期間継続して安定的に運営できる経営基盤を有し、事業を通じて本市の向上に寄与できる経営主体であること。また、応募者が自ら開設し指定を受けるものであること。

(1)応募要件

- ・ 事業の適正な実施が出来る者であること。
- ・ 法人として適正かつ安定した経営を維持していること。
- ・ 会社更生法、民事再生法の規定に基づき更生又は再生手続きをしていない者であること。
- ・ 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第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でないこと、また、役員等が同法第2条第6号に掲げる暴力団員又は暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者に該当しないこと。

5. 補助金について

施設整備等に係る本市の補助金はありません。

6. 事業者の選定方法

- ① 公募申込書類により応募者から提出された書類の審査及び事業所予定地の現地調査等を実施し、特定施設入居者生活介護の指定に係る人員・設備・運営等の基準等に適合しているか確認の上、総合的に評価を行い、応募が複数で選考が必要な場合は、選定委員会の意見聴取を経て市長が事業者を選定します。
- ② 公募申込事業者の応募がない場合及び選定事業者が決定しなかった場合は、

再度公募を行う場合があります。

③ 審査の結果、事業者を選考しない場合があります。

④ 審査の結果は、文書により通知します。

※選定結果についてのお問合せには、お答えはできかねますので予めご了承ください。

7. 募集期間等

① スケジュール

申請から指定申請までの基本的な流れは、次のとおりとなります。

| 時 期 | 三 豊 市 (保 険 者) |
|------------|---------------|
| 平成29年4月21日 | 申請受付開始 |
| 平成29年5月10日 | 申請受付終了 |
| 平成29年5月10日 | 書類審査 |
| ～ | 事業所予定地現地調査 |
| 平成29年5月19日 | 選定結果通知 |

② 申請

- 申請にあたっては、申請書に必要な書類を添え、フラットファイルに綴じ(左側)て提出してください。
- 書類は、パンフレットを除き原則としてA4版で作成してください。
- 書類の綴じ方は、全体の目次の次に「申請に係る提出・添付書類一覧表」に記載する順に綴じ、書類番号(書類一覧表にある番号)ごとに白紙の表紙をつけ、表紙ごとにインデックスをつけてください。(番号のみの表示で可)
- 市が必要と認める場合には、追加資料の提出を求める場合があります
- 提出部数については、正本1部、副本1部(写し)を提出してください。
- 提出書類は返却いたしませんのでご了承ください
- 書類の提出にあたっては、提出期限までにすべての書類をそろえて提出してください。書類に不備があった場合は受付できません。市が受理した応募書類については、明らかな間違い、軽微な修正を除き、提出期限後の差替え等は認めませんので、十分精査の上、提出してください。
- 申請者が提出した書類に虚偽の記載を認めた場合は、申請を無効とします。
- 申請受付後に申請の辞退をする場合は、速やかに辞退届出書(任意様式)を提出してください。

③ 申請受付期間及び提出場所

➤ 申請受付期間

平成29年4月21日(金)から平成29年5月10日(水)まで

午前9時から正午、午後1時から午後4時まで

(ただし、土曜日、日曜日、祝日は除きます)

▶ 提出場所及び問い合わせ先

〒767-8585

香川県三豊市高瀬町下勝間 2373 番地 1

三豊市役所健康福祉部介護保険課

介護保険グループ

TEL 0875-73-3017

FAX 0875-73-3023

※ 郵送、ファックス、メールによる受付はいたしません。

④ 申請書類の配布方法

三豊市ホームページよりダウンロードできます。

8. 質問受付

この公募に関する質問は、順次受け付け回答します。応募事業者からの質問は、質問票により、ファクシミリで受け付けます。質問内容は、簡潔かつ明確に記載してください。質問への回答は全応募法人にいたします。

また、質問票の留意点を十分確認してください。

(様式1)

平成 年 月 日

三豊市長 様

所在地

法人名

代表者名

印

平成29年度特定施設入居者生活介護事業者申請書

平成29年度特定施設入居者生活介護事業者公募に応募したいので、別紙書類を添えて申請します。

なお、申請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. 申請する事業者

| | |
|-----------|-------------|
| 日常生活圏域名 | |
| 事業名 | 特定施設入居者生活介護 |
| 事業開始予定年月日 | 平成 年 月 日 |

2. 提出書類

申請に係る提出・添付書類一覧表(様式1別紙)のとおり

3. 担当者連絡先

| | | |
|------|--------|---|
| 法人名 | | |
| 担当者名 | | |
| 連絡先 | 住所 | 〒 |
| | TEL | |
| | FAX | |
| | E-mail | |

(様式1 別紙)

申請に係る提出・添付書類一覧表

| 番号 | 提出書類 | 指定様式 | 確認欄 |
|----|-----------------------------|--------|-----|
| 1 | 申請書 | 様式1 | |
| 2 | 申請に係る提出 添付書類一覧表 | 様式1 別紙 | |
| 3 | 特定施設入居者生活介護事業計画書 | 様式2 | |
| 4 | 施設運営の基本理念・運営方針等説明書 | 様式3 | |
| 5 | 土地登記簿謄本、公図、現況写真 | | |
| 6 | 管理者の経歴書及び役員名簿 | | |
| 7 | 代表者の経歴書 | | |
| 8 | 収支予算書(直近1年分) | | |
| 9 | 決算書等(最近3年間の決算書類貸借対照表 収支計算書) | | |
| 10 | 事業所の位置図、配置図、平面図、立面図、部屋別面積表 | | |
| 11 | 介護保険法第70条に該当しないことを誓約する書類 | | |
| 12 | 介護保険法第76条ほかに基づく報告書 | | |
| 13 | 誓約書 | 様式4 | |

| 番号 | 添付書類 | 要件など | 確認欄 |
|----|-------------|---------------------|-----|
| 14 | 法人登記簿謄本 | 事前申込日前3ヶ月以内に発行されたもの | |
| 15 | 法人の定款又は寄付行為 | 最新のもの | |
| 16 | 給与規程 | 最新のもの | |
| 17 | 就業規則 | 最新のもの | |
| | | | |
| | | | |

特定施設入居者生活介護事業計画書

平成 年 月 日

(宛先)三豊市長

所在地
申請者 名称
代表者職・氏名

㊞

次の特定施設入居者生活介護設置計画について、関係書類を添えて協議します。

| | | | | | |
|-------|-----------------------|--|----------------------|------------------------|--|
| 設置予定者 | フリガナ | | | | |
| | 名称 | | | | |
| | 主たる事務所の所在地 | (郵便番号 —) 都・道 郡・市 府・県 区 | | | |
| | 法人の種別 | | 法人所轄庁 | | |
| | 連絡先 | 電話番号 | | FAX 番号 | |
| | | E-mail | | | |
| 担当者 | フリガナ | | 氏名 | | |
| 事業予定地 | 予定地 | 三豊市 | | | |
| | 用途地域 | (建ぺい率 % 容積率 %) | | | |
| | 生産緑地の指定等 | <input type="checkbox"/> 該当せず <input type="checkbox"/> 生産緑地 <input type="checkbox"/> 緑地保全地区 <input type="checkbox"/> 埋蔵文化財包蔵地 <input type="checkbox"/> その他() | | | |
| | 用益権・担保権設定 状況及び抹消見込 | | | | |
| | 用地取得等 | <input type="checkbox"/> 自己所有(予定) <input type="checkbox"/> 賃借済(予定) | | | |
| | 公共交通機関 | 最寄り駅 鉄道 線 駅から 徒歩 分 バス 停留所から 徒歩 分 | | | |
| 建物の概要 | 建物の概要 | 建築面積: m ² 延床面積: m ² 建物の構造: 造 (階建て) | | | |
| | 施設整備 建物の取得等 | <input type="checkbox"/> 新設 <input type="checkbox"/> 既設の改修 <input type="checkbox"/> 既設の改築 <input type="checkbox"/> 既設の増築 <input type="checkbox"/> 現状のまま | | | |
| | | <input type="checkbox"/> 自己所有(予定) <input type="checkbox"/> 賃借済(予定) | | | |
| 事業の種類 | 予定する事業の種類 | 実施事業 | 申請する事業の事業開始 予定年月日 | 既に指定を受けている事業の指定 年月日 | |
| | 特定施設入居者生活介護 | | | | |
| | 定員数 | | | 人 | |

| | | | | | | | | | | |
|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 介護保険事業所番号(既に指定を受けている場合) | | | | | | | | | | |
| 指定を受けている市町村名 | | | | | | | | | | |
| 医療機関コード等 | | | | | | | | | | |
| 三豊市在住者への周知方法、集客方法について | | | | | | | | | | |
| その他、選考の際、参考となる特記事項 | | | | | | | | | | |

備 考

1. 「法人の種別」欄は、「社会福祉法人」「医療法人」「社団法人」「財団法人」「株式会社」「有限会社」等を記入してください。
2. 「法人所轄庁」欄は、申請者が認可法人である場合に、その主務官庁の名称を記載してください。
3. 「実施事業」欄は、今回申請するもの及び既に指定を受けているものについて、該当する欄に「○」を記入してください。
4. 「申請をする事業の事業開始予定年月日」欄は、該当する欄に事業の開始予定年月日を記載してください。
5. 「既に指定を受けている事業の指定年月日」欄は、介護保険法による指定事業者として指定された年月日を記載してください。
6. 保険医療機関、保健薬局、老人保健施設又は老人訪問看護ステーションとして既に医療機関コード等が付番されている場合には、そのコードを「医療機関コード等」欄に記載してください。複数のコードを有する場合には、適宜様式を補正して、そのすべてを記載してください。
7. 記入欄が不足する場合は、「別紙のとおり」と記入し、添付書類として別に提出してください。
8. 別添の「添付書類一覧」も併せて提出してください。
9. 各項目の該当する口にレ点を付してください。

管 理 者 経 歴 書

| | | | |
|-----------------------------|---------|-------------|---------|
| 事業所又は施設名 | | | |
| フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 氏名 | | | |
| 住所 | (〒 -) | 電話番号 | |
| 主 な 職 歴 等 | | | |
| 年 月 ~ 年 月 | 勤 務 先 等 | | 職 務 内 容 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 職 務 に 関 連 す る 資 格 | | | |
| 資 格 の 種 類 | | 資 格 取 得 年 月 | |
| | | | |
| 備 考 (研 修 等 の 受 講 の 状 況 等) | | | |

- 備考1 住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。
- 2 当該管理者が管理する事業所・施設が複数の場合は、「事業所又は施設名」欄を適宜拡張して、その全てを記入してください。

代 表 者 経 歴 書

| | | | |
|-----------------------------|---------|-------------|---------|
| 法人名 | | | |
| 事業所又は施設の名称 | | | |
| フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 氏名 | | | |
| 住所 | (〒 -) | 電話番号 | |
| 主 な 職 歴 等 | | | |
| 年 月 ~ 年 月 | 勤 務 先 等 | | 職 務 内 容 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| 職 務 に 関 連 す る 資 格 | | | |
| 資 格 の 種 類 | | 資 格 取 得 年 月 | |
| | | | |
| 備 考 (研 修 等 の 受 講 の 状 況 等) | | | |
| | | | |

備考1 住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。

(特定施設入居者生活介護の指定のみ受ける場合)

誓 約 書

平成 年 月 日

(宛先)三豊市長

所在地

申請者 名 称

代表者名

㊞

介護保険法第41条第1項本文の指定を不可とする、同法第70条第2項の規定に該当しないことを誓約します。

(処分等がなかった場合)

報 告 書

平成 年 月 日

(宛先) 三豊市長

所在地

申請者 名 称

代表者名

㊟

平成 22 年 4 月 1 日からこの報告書の提出日までに、介護保険法第 76 条から第 77 条及び第 115 条の 7 から第 115 条の 9 に基づく報告等又は勧告若しくは命令等の処分等がなかったことを報告します。

(様式 4)

誓 約 書

平成 年 月 日

(宛先)三豊市長

所在地

申請者 名 称

代表者名

㊞

三豊市特定施設入居者生活介護事業者募集要領により選定された場合は、別途提出するスケジュールに従って、必要となる文書の提出や協議を行い、平成 30 年 3 月までに特定施設入居者生活介護事業を開始することを誓約します。

FAX 質問票

送 信 先:三豊市介護保険課 施設整備(公募)担当あて
送信番号:0875-73-3023

送信日 平成 年 月 日

| | |
|------------------|--|
| 法人名 | |
| サービス種別 及び実施事業 | |
| 質問件名 | |
| 質問要旨 | |

留意点

- ① 質問はこの質問票に記入して FAX で送信してください。電話による質問は受け付けません。ただし、申込書等の記入についての不明な点はその都度、電話で可能です。
- ② FAX 送信後は、電話で FAX した旨を介護保険課まで伝えてください。
- ③ この質問票は、公募要項や申込書等の内容について回答するためのものであり、国・県の関係法令や指針等の解釈についての考え方、また、三豊市第6期介護保険事業計画についての質問は受付できません。
- ④ 質問される方は、以下のとおり質問者、連絡先を記載してください。必要に応じて質問者に確認することがあります。応募事業者から委託を受けた業者からの質問は受付できません。

(質問者) 職・氏名 _____

(連絡先) 所在地 〒 _____

電話番号 _____

FAX 番号 _____