【様式１】

令和　　年　　月　　日

袋井市長　様

所在地

法人名

代表者名

第９期　袋井市介護保険事業計画に係る地域密着型サービス事業者公募申込書

標記の件につきまして、別紙提出書類を添えて応募します。

記

１　実施希望事業種類　　　認知症対応型共同生活介護

２　地域医療介護総合確保基金（介護サービス提供体制整備促進事業費補助金）

の補助制度の利用について

（どちらかに○を付けてください）地域介護・福祉空間整備補助金及び地域介護・

　　　　　　　　　　　希望する　　　　　　　　　　希望しない

　　　　　　　　　　　　　【注】補助金の交付を確約するものではありません。

３　連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 法　人　名 |  |
| 住　　　所 | 〒 |
| 担　当　者 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |

（別表）提出書類一覧

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 書　類　内　容　等 | | | 確認欄 | 備考 |
| １　公募申込書（様式１） | | |  |  |
| ２　定款又は寄付行為 | | |  |  |
| ３　法人履歴事項全部証明書 | | |  |  |
| ４　印鑑証明書 | | |  |  |
| ５　事業者概要 | | |  |  |
| ６　決算書等 | | |  |  |
| ７～10　開設提案書（様式２） | | |  |  |
| 11　事業スケジュール | | |  |  |
| 12　施設計画書 | | |  |  |
|  | | 1. 整備予定地の周辺地図 |  |  |
| 1. 整備予定地の公図 |  |  |
| 1. 整備予定地の土地登記事項証明書 |  |  |
| ④整備予定地の配置図、平面図、面積計算表  　〔各部屋の面積（内法）、廊下幅（内寸法）、方位、縮尺等を平面図に記載すること。また、増築の場合は既存施設と一体となっている図面も提出すること〕 |  |  |
| ⑤建物登記事項証明書（既存建物を利用する場合） |  |  |
| ⑥整備予定地の現況写真 |  |  |
| ⑦整備予定地を購入の場合は、所有が確実に見込まれることが確認できる書類 |  |  |
| ⑧整備予定地（建物）が借地、借家の場合は、契約書若しくは契約が確実に見込まれることが確認できる書類 |  |  |
| ⑨整備予定地に抵当権等の所有権以外の権利が設定されている場合は、確実に解除が可能と確認できる書類 |  |  |
| ⑩整備予定地が各種開発規制に該当する場合は、確実に除外等が可能と確認できる書類 |  |  |
| 13　資金計画 | | |  |  |
|  | ①施設整備費の内訳書 | |  |  |
| ②借入金償還計画書 | |  |  |
| ③事業収支計画書（事業開始後１年間） | |  |  |
| 14　指導監査結果一覧（様式３） | | |  |  |
| 運営規程等（案） | | |  |  |
| 緊急対応マニュアル等（案） | | |  |  |
| 職員配置表（案） | | |  |  |
| その他参考となる資料 | | |  |  |

（注意事項）

1. 添付書類については、確認欄に○を記入すること。なお、該当しない場合、添付しない場合については、備考欄にその旨記入すること。
2. 様式の指定のないものは、任意様式で提出すること。
3. 記載を必要とする項目欄は、具体的に記載すること。その際、別紙記入を必要とする場合は、「別紙のとおり」すること。
4. 審査の段階で追加提出資料を求める場合があります。

【様式２】

開設提案書〔地域密着型サービス〕

１　事業主体の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 希望事業の種類 |  |
| 事業主体名  代表者名 |  |
| 事業主の住所  電話番号等 |  |

２　事業の目的及び運営の方針

|  |
| --- |
| （１）動機、事業の目的等 |
| （２）介護サービスに対する基本理念 |

|  |
| --- |
| （３）職員の資質向上に向けた取組について |
| （４）介護サービスの質の向上に対する考えについて |
| （５）個人情報の管理、プライバシーの保護に対する考えについて |
| （６）身体拘束、虐待防止に対する考えについて |
| （７）認知症ケアに対する考えについて |

|  |
| --- |
| （８）衛生管理・感染症対策（マニュアルの整備等）について |
| （９）防災対策（災害対応マニュアルの整備、防災訓練等）について |
| （10）事故防止、安全対策について |
| （11）苦情処理体制について |
| （12）地域・関係機関・協力医療機関との連携について  　　（運営推進会議についてもご記入ください。） |

３　敷地の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 敷地の概要 | 確保(予定)している敷地の情報(地目・面積)及び、土地の所有形態(購入・賃貸の別)をご記入ください。 |
| 敷地の選定理由 |  |

４　施設の概要

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 建物の形態、構造、面積等（予定） | ・建物の所有関係〔自己所有・借家〕  ・施設整備の区分　　新設  　　　　　　　　造・　　　階建・延床面積　　　　　　　　㎡  ・居室、食堂の合計面積　　　　　　　㎡  ・宿泊室の床面積　　　　　　　　　　㎡ | | | |
| 施設整備費 | 建設事業費（千円） | | 財源内訳（千円） | |
| 用地費  造成費  建築費  設計費 |  | 補助金  借入金  寄付金  自己資金 |  |
| 合　計 |  | 合　計 |  |

５　利用料等の概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 宿泊費 | 円（月額） | | |
| 食　費 | 朝食（　　　）円　昼食（　　　　）円　夕食（　　　　）円  おやつ（　　　　）円  １日一人当たり（　　　　）円 | | |
| その他の費用 | 項　　　目 | 金額（円） | 備　　考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

６　利用者の概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 定員　　　　　　１８人 |  |  |
| ・男　性　（　　　）人、女　性（　　　　）人　　　　合計　（　　　　）人  　・利用者の介護度　　　　（　　　　　　　　　～　　　　　　　　　　）  　・利用者の年齢　　　　　（　　　　　　　歳　～　　　　　　　　　歳） | | |

７　職員（予定者）の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 代　表　者  （法人の代表者） | ・氏　　名　　　（　　　　　　　　　　　　　）  ・高齢者の介護に従事したことがある  　　　　　　　　　　　　　　　　　　（はい　・　いいえ）  ・医療又は福祉サービスの経営に携わったことがある  　　　　　　　　　　　　　　　　　　（はい　・　いいえ）  ・認知症介護に関する研修の受講履歴  認知症介護実務者研修（　　　.　　.　　終了）  管理者研修　　　　　（　　　.　　.　　終了）  ・認知症介護に関する知識、理解についてお聞かせください |
| 管理者（施設長） | ・氏　　名（　　　　　　　　　　　　　）  ・高齢者の介護に従事したことがある  　　　　　　　　　　　　　　　　　　（はい　・　いいえ）  ・「はい」と答えた方は経験年数をご記入ください。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　年）  ・認知症介護に関する研修の受講履歴  認知症介護実務者研修（　　　.　　.　　終了）  管理者研修　　　　　（　　　.　　.　　終了）  ・資格等 |
| 従　業　者 | 従業者総数　　　　　人  （内訳）  常勤職員　　人（うち兼務　　人）　非常勤職員　　　人  介護職員　　　人　　看護職員　　　人  介護支援専門員　　人  計画作成者　　人  ・認知症介護に関する研修の受講歴  　　　　　　　　　　　　（基礎課程）受講済者　　　人  　　　　　　　　　　　　（専門課程）受講済者　　　人 |

８　職員の確保対策

|  |
| --- |
| 職員の確保対策・研修計画について |

９　その他

|  |
| --- |
| 特筆すべき点　等 |

【様式３】

過去の指導監査結果一覧（過去３年分）

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 実施サービス名 |  |
| 事業所名称 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 年度 | 指　摘　事　項 | 改　善　状　況 |
| １ |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |
| ６ |  |  |  |
| ７ |  |  |  |
| ８ |  |  |  |
| ９ |  |  |  |

※　介護保険法等に基づく実地指導等により県等から指導等を受けた文書、県等に指導内容の対応処理について回答した文書の写しを添付してください。

【様式４】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

地域密着型サービス事業者公募要項質問票

１　事業者名

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 質問者氏名 |  |
| 連絡先 | 電話番号：  Ｅ-mail: |

２　質問内容

|  |  |
| --- | --- |
| 質問事項 |  |
| 内　容 |  |