様式１

五戸町地域密着型サービス事業者応募申込書

　　　　　　　　　　平成　　年　　月　　日

　五戸町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地（住所）

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先

地域密着型サービス事業者の公募について、下記のとおり応募します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 応募する地域密着型サービスの種類 | 小規模多機能型居宅介護 | | |
| 設置予定地住所 |  | | |
| 事業所名称 | 仮称 | | |
| 定員数 | 登録　　　　　人 | 通い　　　　　人 | 泊り　　　　　人 |
| 既存の併設施設がある場合はその名称 |  | | |
| 併設施設の種別 |  | | |

様式２

代表者の経歴書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名（仮称） |  | | |
| フリガナ |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 主　な　職　歴　等 | | | |
| １　介護保険事業における利用者に対する直接処遇職員としての経歴（基準日：平成３０年３月３１日） | | | |
| 勤務期間 | | 勤務先 | 職務内容 |
| （例）平成24年4月～平成26年3月 | | 〇〇訪問介護 | 介護職員 |
| （例）平成26年4月～平成27年3月 | | 特別養護老人ホーム〇〇 | 介護支援専門員 |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| ２　介護保険サービス事業所の経営に関する経歴（基準日：平成３０年３月３１日） | | | |
| 勤務期間 | | 勤務先 | 職務内容 |
| （例）平成27年4月～平成29年3月 | | 特別養護老人ホーム〇〇 | 管理者 |
| （例）平成29年4月～平成30年3月 | | 社会福祉法人〇〇 | 理事長 |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| ２　介護保険事業の職務に関する資格（基準日：平成３０年３月３１日） | | | |
| 資格の種類 | | | 資格取得年月日 |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
| ３　厚生労働省令に定める研修の受講状況（基準日：平成３０年３月３１日）  　認知症介護サービス事業開設者研修   * 受講済み * 研修申込済み：研修予定日　平成　　年　　月　　日 * 未受講（公募申込時点で受講申込みしていない場合を含む）   　※受講済みの場合は、ご本人の同意を得て、修了証書の写しを添付してください。 | | | |

様式３

新事業所の管理者の経歴書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名（仮称） |  | | |
| フリガナ |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 主　な　職　歴　等 | | | |
| １　介護保険事業における経歴（基準日：平成３０年３月３１日） | | | |
| 勤務期間 | | 勤務先 | 職務内容 |
| （例）平成24年4月～平成27年3月 | | 〇〇訪問介護 | 介護職員 |
| （例）平成27年4月～平成29年3月 | | 特別養護老人ホーム〇〇 | 管理者 |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| ２　上記経歴のうち、地域密着型サービスの管理者経歴（基準日：平成３０年３月３１日） | | | |
| 地域密着型サービスの管理者経歴　□あり　　□なし | | | |
| ３　介護保険事業の職務に関する資格（基準日：平成３０年３月３１日） | | | |
| 資格の種類 | | | 資格取得年月日 |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
| ３　厚生労働省令に定める研修の受講状況（基準日：平成３０年３月３１日）  　（１）認知症介護実践者研修   * 受講済み：平成　　年　　月　　日 * 研修申込済み：研修予定日　平成　　年　　月　　日 * 未受講（公募申込時点で受講申込みしていない場合を含む）   （２）認知症対応型サービス事業管理者研修   * 受講済み：平成　　年　　月　　日 * 研修申込済み：研修予定日　平成　　年　　月　　日 * 未受講（公募申込時点で受講申込みしていない場合を含む）   　※受講済みの場合は、ご本人の同意を得て、修了証書の写しを添付してください。 | | | |

様式４

新事業所の介護支援専門員　の経歴書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所名（仮称） |  | | |
| フリガナ |  | | |
| 氏名 |  | | |
| 主　な　職　歴　等 | | | |
| １　介護保険事業における経歴（基準日：平成３０年３月３１日） | | | |
| 勤務期間 | | 勤務先 | 職務内容 |
| （例）平成24年4月～平成27年3月 | | 〇〇訪問介護 | 介護職員 |
| （例）平成27年4月～平成29年3月 | | 特別養護老人ホーム〇〇 | 介護支援専門員 |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| ２　上記経歴のうち、地域密着型サービスの計画作成担当者経歴（基準日：平成３０年３月３１日） | | | |
| 地域密着型サービスの計画担当者経歴　□あり　　□なし | | | |
| ３　介護保険事業の職務に関する資格（基準日：平成３０年３月３１日） | | | |
| 資格の種類 | | | 資格取得年月日 |
|  | | |  |
|  | | |  |
|  | | |  |
| ３　厚生労働省令に定める研修の受講状況（基準日：平成３０年３月３１日）  　（１）認知症介護実践者研修   * 受講済み：平成　　年　　月　　日 * 研修申込済み：研修予定日　平成　　年　　月　　日 * 未受講（公募申込時点で受講申込みしていない場合を含む）   （２）小規模多機能型サービス等計画作成担当者研修   * 受講済み：平成　　年　　月　　日 * 研修申込済み：研修予定日　平成　　年　　月　　日 * 未受講（公募申込時点で受講申込みしていない場合を含む）   　※受講済みの場合は、ご本人の同意を得て、修了証書の写しを添付してください。 | | | |

様式５

地域密着型サービス事業計画書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | | | |
| サービス提供までのスケジュール | 施設整備について | 施工契約（着工）時期 | | | 平成　　年　　月　　日 |
| 竣工予定時期 | | | 平成　　年　　月　　日 |
| 土地取得  （賃借）計画 | 土地所有形態 | | □自己所有　□購入予定　□借地予定 | | |
| 土地面積 | | ㎡ | | |
| 購入又は借地の  場合のみ記入 | | □　書類で契約・同意あり　※書類を添付  　□　口頭で同意あり | | |
| 最寄りのバス停 | | バス停の名称：  予定地までの歩行距離：　　　　　　ｍ | | |
| 建物取得  計画 | 建物所有形態 | | □自己所有　□購入予定（改修）　□新築 | | |
| 建物の構造 | | □鉄筋コンクリート造　□鉄骨造　□木造 | | |
| 建物の階層 | | □平屋建て　□２階建て以上 | | |
| 建築面積 | | ㎡ | | |
| 延床面積 | | ㎡ | | |
| 購入の  場合のみ記入 | | □　書類で契約・同意あり　※書類を添付  　□　口頭で同意あり | | |
| 施設設備  計画 | スプリンクラーの設置 | | | □整備計画あり　□整備計画なし | |
| 耐火構造 | | | □耐火又は準耐火建築物である  　□耐火又は準耐火建築物ではない | |
| 宿泊料金  (食費は除く) | □1,150円未満　□1,150円以上1,500円未満  　　　　　□1,500円以上1,970円未満　□1,970円以上 | | | | |
| 事業予定地の  地域住民への説明 | □実施済み　（平成　　年　　月　　日）※説明会資料を添付  　□実施していない | | | | |

様式６

事業運営実績について

　現在法人が運営している介護保険事業所について記入してください。（基準日：平成３０年３月３１日現在）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所名 | 事業種別 | 事業開始年月 | 運営年数 | 事業所所在地 |
| （例）特別養護老人ホーム〇〇 | 特別養護老人ホーム | 平成２０年４月 | １０年 | 青森県三戸郡五戸町大字〇〇字〇〇 |
| （例）ケアステーション〇〇 | 居宅介護支援事業所 | 平成２５年４月 | ５年 | 青森県三戸郡五戸町字〇〇 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※記入欄が足りない場合は適宜追加してください

様式７

資金計画書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | 事業実施 | 小規模多機能型居宅介護 |
| 事業所名（仮称） |  | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事　業　費 | 建築・設備費  (新築・改修) | 工事請負費 | 円 |
| 工事事務費 | 円 |
| 備品購入費 | 円 |
| 用地取得費 | | 円 |
| 建物取得費※既存建築物を買取る場合 | | 円 |
| 合計 | | 円 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 資　金　計　画 | 建築・設備費 | 借入金 | 円 |
| 自己資金 | 円 |
| 用地取得費 | 借入金 | 円 |
| 自己資金 | 円 |
| 建物取得費 | 借入金 | 円 |
| 自己資金 | 円 |
| 合計 | | 円 |

|  |  |
| --- | --- |
| 自己資金合計 | 円 |
| 借入金合計 | 円 |
| 事業費に対する借入金の割合  （小数点以下切捨て） | ％ |

（県等の整備年度の補助金制度が未定であるため、資金計画に見込まないでください。）

様式８

税金等の滞納がない旨の確約書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成　　　年　　　月　　　日

　五戸町長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地（住所）

　　　　　　　　　　　　　　　　申請者　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　印

申請者（代表者及び役員等）が税金等の滞納がないことを確約します。

※代表者及び役員等とは、様式１０「役員等名簿」に記載された者をいう。

※税金等とは法人町民税、個人町民税、固定資産税（共有名義含む）、国保税、

介護保険料、その他町営住宅使用料など町に納付すべき使用料をいう。

（町外の法人の場合、所在市町村における同様の税・保険料等）

様式９

役員等名簿

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （ふりがな）  氏　名 | 役職名 | 住所 | 押印 |
| 生年月日 |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |
|  |  |  |  |
|  |

・社会福祉法人においては、代表者、理事及び監事を記載すること。

・会社においては、会社の登記簿に記載されている役員を記載すること。

・ＮＰＯ法人については代表者、理事及び監事を記載すること。