

市川三郷町地域密着型サービス事業者公募要領

令和2年1月

市川三郷町

市川三郷町地域密着型サービス事業所等指定候補事業者募集要領

第1. 公募の趣旨

市川三郷町では、高齢者福祉計画及び第7期介護保険事業計画に基づき、地域密着型サービスの基盤整備を進めております。

本要領は、第7期介護保険事業計画で定めた日常生活圏域ごとのサービス見込量に基づき、「市川三郷町指定地域密着型サービス事業所及び指定地域密着型介護予防サービス事業所の指定等に関する規則」（以下「規則」という。）により指定する地域密着型サービス事業者（以下「事業者」という。）の公募を行うものです。

第2. 公募する地域密着型サービス

指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準条例に基づく次のサービス事業です。

- ① 地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護事業所 1箇所（新設又は転換）

第3. 地域密着型サービス事業者の選定方法

（1）事業者の審査方法及び審査項目

【審査方法】

書類精査のうえ、ヒアリングにより本事業に対する考え方や理解度、補足質問等を行い、地域密着型サービス運営委員会（以下、「運営委員会」という。）で協議を行い、また、必要に応じプレゼンテーションを行う場合があります。

提出された申請書の内容については、改善の必要があると認めた場合は、修正のうえ、再提出していただく場合があります。

【審査項目】

- ①運営理念及び運営方針
- ②法人の安定性・継続性
- ③法人運営の公平性・透明性・法令等の遵守
- ④運営実績・職員の育成・事業効率化への取組み
- ⑤管理運営体制、安全性への配慮
- ⑥利用者への対応
- ⑦事業の適正に応じた運営
- ⑧町民雇用の促進等

（2）事業者の選定

運営委員会での審査・評価を踏まえ、事業者を選定します。

（3）審査結果の通知・公表

審査の結果は、地域密着型サービス事業所等指定候補事業者審査結果通知書により通知します。

指定候補事業者決定後、決定した事業者及び提案内容の一部を公表します。

(4) その他

- ①指定候補事業者の応募が無い場合および指定候補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。
- ②審査の結果、指定候補事業者なしとする場合があります。

第4. 応募手続

1 応募申込書・開設提案書の提出

本公募に申込を希望する事業者の方は、地域密着型サービス事業所等指定候補事業者申込書（様式第1号）、開設提案書（様式第2号）を提出してください。

提出書類は、理由の如何を問わず返却しません。

なお、パンフレットを除き、書類は原則として全てA4版で作成してください。

① 応募書類の提出期日・提出場所

日 時	提出場所
令和2年2月 3日（月）から	市川三郷町市川大門1790番地3
令和2年2月28日（金）まで (土曜・日曜・祭日は除きます。)	市川三郷町役場 本庁舎内 福祉支援課介護係
午前8時30分～午後5時15分	T E L 055-272-1106 F A X 055-272-1198

② 応募申込書の提出書類一覧

項 目	内 容	様 式
申込書	所定の様式	様式第1号
(1)定款又は寄附行為	最新のもの	
(2)法人登記簿謄本	応募申込日前3ヶ月以内に発行されたもの	
(3)印鑑証明書	応募申込日前3ヶ月以内に発行されたもの	
(4)事業者概要	①事業経歴・実績 ②事業の基本的事項 ・ 代表者の履歴書 ・ 役員、社員の構成、氏名 ③事業者の概要(パンフレットでも可) ④現在運営している施設又は事業に関する資料 ・ 施設の運営形態 ・ 事業内容、規模 ・ 特色、施設の構成 ・ 敷地面積、床面積 ⑤今後開設を予定している施設又は事業に関する資料 ・ 事業内容、規模	様式自由
(5)決算書等	①最近3年間の決算書 ②公的機関からの補助金、融資、寄付等がある場合は過去3年間の内容と実績	様式自由

- ※ 所定様式が定められているもの以外は、原則としてA4版で提出をお願いします。
- ※ 提出部数は2部（正副各1部）。
- ※ 副本の(2)(3)についてはコピー可とします。
- ※ 上記のほか、町が必要とする書類の提出を求めることがあります。

③ 開設提案書の提出書類一覧

項目	内 容	様式
開設提案書	所定の様式	様式第2号
(1)理念・基本方針	介護サービス事業を行うに当たっての理念、基本方針	様式自由
(2)事業スケジュール	開設までの日程表	様式自由
(3)基本計画図面	所在地、事業規模、平面図等	様式自由
(4)資金計画	町からの補助金収入は見込まずに作成すること。 設計を行い事業費の変更は最小限になるように注意すること。	様式自由
(5)従事職員関係	①採用方法(職員の採用方法から従事まで) ②資格、経験(採用資格、実務経験について) ③雇用形態(常勤職員とその他職員について) ④研修体制(採用時、従事後) ⑤健康管理(健康診断等について) ⑥配置人員(職種、時間ごとの配置について)	様式自由
(6)衛生管理		様式自由
(7)事故防止・安全対策	対応体制、保険について	様式自由
(8)苦情処理	処理体制について	様式自由
(9)地域等との連携	地域及び関係機関との連携について	様式自由

※ 所定様式が定められているもの以外は、原則としてA4版で提出をお願いします。

※ 上記のほか、町が必要とする書類の提出を求めることがあります。

※ 提出部数10部

④ 提出書類の体裁

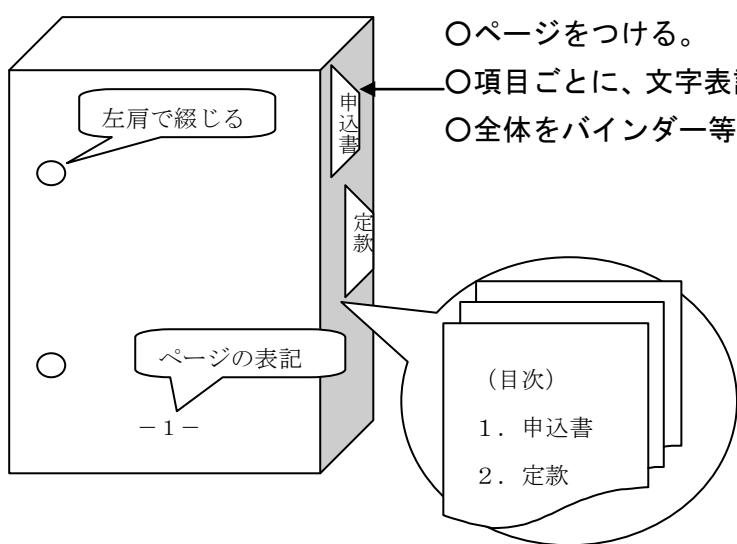
○提出書類の体裁は、以下に記す体裁を整えてください。

○全体の目次をつける。

○ページをつける。

○項目ごとに、文字表記のインデックスをつける。(番号不可)

○全体をバインダー等で綴る。



[注意事項]

- ①郵送等(郵便又はその他小包輸送等)による提出は受付しません。
- ②電子媒体や電子メールによる提出は受付しません。
- ③必要書類が不備と認められる申請等関係書類は受付しません。
- ④提出後の関係書類の差替え、及び追加等はできません。
- ⑤事業計画の準備等から応募提出等にまでに要する全ての費用は、応募者自身の負担となります。
- ⑥提出後、町が追加の資料提出を求める場合があります。
- ⑦提出書類の不備や不足は、審査の対象から除外されますので、提出される書類については、再三の確認を行う等十分に注意して、ご提出下さい。

第5. 公募スケジュール（予定）

No	実施日	項目	備考
1	令和2年1月8日（水）	募集要領発表	ホームページ等
2	1月8日（水）～28日（火） 午後3時まで	質問受付期間	FAX 又はメールによる
3	2月3日（月）	応募受付開始	
4	2月28日（金）	応募締め切り	県への事前協議
5		提出書類点検	
6		事業所との連絡調整	
7	3月上旬	ヒアリング日程通知	
8	3月中旬	審査会（書類・ヒアリング審査）	
9	令和2年3月中旬	指定候補事業者決定	運営に関する委員会意見聴取
10		結果通知	
11		指定決定業者公表	ホームページ等

補助金等について

選定された事業者が行う整備事業に対しては、国又は県からの交付金又は補助金を活用した町の補助を予定しています。ただし、当該整備に係る国又は県の内示、町の予算措置がなされない場合にはこの限りではありません。

第6. 受付及び問合せ先

〒409-3601

山梨県西八代郡市川三郷町市川大門1790番地3

市川三郷町役場 福祉支援課 介護係

TEL 055-272-1106 Fax 055-272-1198

E-mail fukushi@town.ichikawamisato.lg.jp

様式第1号

令和 年 月 日

市川三郷町長 殿

申請者	所在地	印
	名 称	

地域密着型サービス事業所等指定候補事業者申込書

このことについて、次の関係書類を添えて応募します。

【提出書類】

(1) 定款又は寄付行為	2部(正・副)
(2) 法人登記簿謄本	2部(正・副)
(3) 印鑑証明書	2部(正・副)
(4) 事業者概要	2部(正・副)
(5) 決算書等	2部(正・副)
(6) 開設提案書	別途提出

* (2)(3)の副本は、コピー可。

担当者連絡先	フリガナ					
	法人名称					
	主たる事務所の所在地	(郵便番号 一) 県 郡				
		(ビルの名称等)				
	連絡先	電話番号			FAX番号	
	法人の種別			法人所轄庁		
担当者の職名・氏名・生年月日	職名	フリガナ 氏名		生年月日		

整備計画指定を受けようとする事業	事業所等の所在地	(郵便番号 一) 山梨県西八代都市川三郷町		
		事業の種類		申請をする事業の事業開始予定年月日
	●			

備考 1 「法人の種別」欄は、申請者が法人である場合に、「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」等の別を記入してください。

2 「法人所轄庁」欄、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 「指定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。

様式第2号

開設提案書

令和 年 月 日

サービス種別	
--------	--

このことについて、次の書類を添えて提出します。

1. 提出書類（各10部）

項目	チェック欄 (添付書類に○印)
(1) 理念・基本方針	
(2) 事業スケジュール	
(3) 基本計画図面	
(4) 資金計画	
(5) 従事職員関係	
(6) 衛生管理	
(7) 事故防止・安全対策	
(8) 苦情処理	
(9) 地域等との連携	

2. 担当者連絡先

（注）申込書（様式第1号）に記載された担当者と異なる場合は、下記に記載してください。

担当者連絡先	フリガナ				
	法人名称				
	主たる事務所の所在地	(郵便番号　一　　)　　県　　都市 (ビルの名称等)			
	連絡先	電話番号			FAX番号
	法人の種別			法人所轄庁	
	担当者の職名・氏名・生年月日	職名		フリガナ 氏名	生年月日