

# 様式集

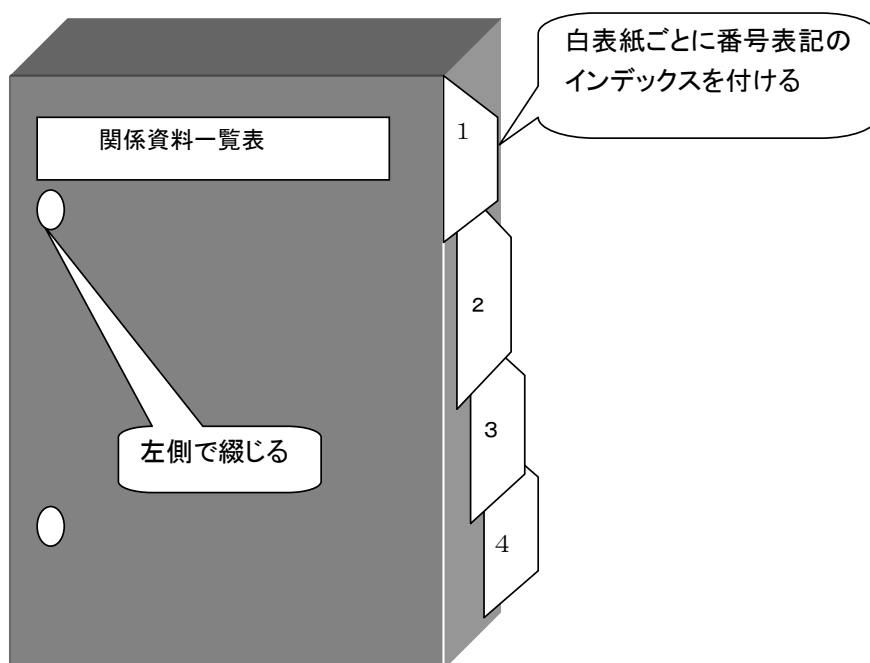
(介護予防) 小規模多機能型居宅介護  
(介護予防) 認知症対応型共同生活介護  
地域密着型介護老人福祉施設

平成28年3月

米子市

## 資料の綴じ方の注意

- (1) 応募資料は以下の要領で、フラットファイルに綴じること。
- 各書類は番号順に仕切紙で分けて、A4フラットファイルに綴じること。  
(仕切紙には書類番号を明記したインデックス見出しを付けること)
  - 提出書類は、A4判とする(両面印刷、両面コピーは可)。ただし、設計図等の図面類はA3判をA4折(青焼不可)とする。
  - A4判より小さい証明書等はA4判白紙に貼り付けること。
  - 表紙、背表紙に、事業所名、法人名を記載すること。
  - 提出書類は、通しのページ番号を付けること。(仕切紙や白紙面はページ数に含めない)
  - 様式にある枠については、必要に応じて拡大、縮小は可とする。



- (2) 提出部数  
10部 (原本1部、副本9部)

このシートは、提出していただく必要はありません。

## 関係資料一覧表

資料番号	提出資料	備考	チェック欄
1	参加希望申立書	参加希望申立書	
2	運営実績について	別紙1	
3	過去の指導状況	別紙2	
4	位置図	任意様式	
5	地域への説明について	別紙3	
6	地域との交流について	別紙4	
7	事故対応及び苦情処理について	別紙5	
8	非常災害時及び高齢者虐待防止対策について	別紙6	
9	衛生管理体制について	別紙7	
10	職員の質の確保について	別紙8	
11	事業計画書	別紙9	
12	収支見込シミュレーション	別紙10	
13	法人登記簿	登記事項全部証明書	
14	法人の定款	原本証明	
15	代表者の経歴書	別紙11	
16	役員等調書兼照会承諾書	様式 1	
17	法人の直近の決算書類等（法令に基づき作成された決算書類、財産目録事業報告書一式及び監査報告書）	原本証明	
18	法人の直近の確定申告書の写（税務署の受付印があるもの）		
19	法人の市税納税証明書（未納のないことの証明）	原本	
20	給与所得の源泉徴収票等の法定調書合計票	（社会福祉法人の場合）	
21	資金計画書	別紙12	
22	財源が法人積立金の場合は、預金残高証明書	原本	
23	施設配置図	任意様式	
24	各階平面図		
25	立面図		
26	建築（改造）工事費概算見積書		
27	設計監理費概算見積書		
28	初年度備品購入費概算見積書		
29	事業工程表		
30	土地、家屋の登記簿謄本	登記事項全部証明書	
31	地積測量図		
32	用地（建物）の現況写真（既存建物改造の場合は内部写真）、写真方向図		
33	土地利用に係る関係機関との権利関係図書等の写	自己所有の場合は不要	
34	質問票	別紙13	
35	辞退届	別紙14	
36	意向確認書（併設提案の場合）	別紙15	

平成 年 月 日

(宛先) 米子市長

住 所

法 人 名

代表者名

印

## 参加希望申立書

平成28年 月 日付で公告のあった地域密着型サービス事業者及び地域密着型介護予防サービス事業者の公募に参加することを希望します。

なお、平成28年度米子市地域密着型サービス事業者公募要領の記載内容については、了知し、これらの内容を遵守します。

希望するサービス種別（下記のいずれかに○を。併設の場合は両方に○）

<input type="checkbox"/>	(介護予防) 小規模多機能型居宅介護
<input type="checkbox"/>	(介護予防) 認知症対応型共同生活介護
<input type="checkbox"/>	地域密着型介護老人福祉施設

## 事業運営実績について

現在法人が運営している高齢者福祉、医療サービス等の事業を記入してください。(基準：平成28年3月31日現在)

	事業開始年月	運営年数	事業種別	事業所名	事業所所在地	サービス提供地域
地域密着型サービス						
居住・宿泊系						
通所系						
訪問系						
居介支						
医療系						
その他						

## 過去の指導状況

現在法人が運営している介護サービス事業所の都道府県又は市町村の指導状況を記入してください。

(基準日：平成28年3月31日現在)

区分	内容
実地指導	直近の過去3か年の間に、貴法人が運営する介護サービス事業所に対する都道府県又は市町村の実地指導において、同一事業所が2回以上同様の指導を受けたことがあるか。
	<input type="checkbox"/> 有      ↓指摘事項及び指摘回数を具体的に記載すること。 <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
	<input type="checkbox"/> 無
監査	直近の過去3か年の間に、貴法人が運営する介護サービス事業所に対して都道府県又は市町村の監査はあったか。(結果通知が改善勧告、改善命令、指定取消等に限る。)
	<input type="checkbox"/> 有      ↓監査結果の内容を具体的に記載すること。 <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
	<input type="checkbox"/> 無
消防職員 が実施した 立入検査	直近の過去3か年の間に、貴法人が運営する介護サービス事業所に対して消防職員が実施した立入検査で指摘はあったか。
	<input type="checkbox"/> 有      ↓指摘事項及び指摘回数を具体的に記載すること。 <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
	<input type="checkbox"/> 無
その他	直近の過去3か年の間に、貴法人が運営する介護サービス事業所に対して、建築基準法、都市計画法等の関係法令違反を指摘されたことはあるか。
	<input type="checkbox"/> 有      ↓指摘事項及び指摘回数を具体的に記載すること。 <div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div>
	<input type="checkbox"/> 無

## 地域への説明について

地域密着型サービス事業所を運営するにあたり、地域住民（自治会や町内会等）や隣接地権者への説明について記入してください。

- 1 地域住民（自治会や町内会等）への説明について（了承済み・説明済み・説明予定・しない）

--

- 2 隣接地権者への説明について（了承済み・説明済み・説明予定・しない）

--

## 地域との交流について

(1) 地域の拠点としての取組み方針について

(2) 広報誌の作成等、地域への情報発信について

(3) 地域住民を対象とした介護予防研修会や介護相談等の考え方及び方法について

(4) 運営推進会議の構成メンバーの所属と人数について

※既に運営している別事業所等で作成し、活用している計画等があれば添付してください。



## 事故対応及び苦情処理について

1 事故対応マニュアルの作成状況（いずれかに○をつけてください。）

1. 作成済 2. 作成中 3. 作成予定 4. 作成しない

※既に運営している別事業所等で作成し、活用しているマニュアル等があれば添付してください。

2 地域密着型サービス事業所を運営するにあたり、事故対応についてどのように考えているか、ご記入ください。

3 苦情処理マニュアルの作成状況（いずれかに○をつけてください。）

1. 作成済 2. 作成中 3. 作成予定 4. 作成しない

※既に運営している別事業所等で作成し、活用しているマニュアル等があれば添付してください。

4 苦情処理体制について、具体的にご記入ください。

## 非常災害時及び高齢者虐待防止対策における対応

1 災害対応マニュアルの作成状況（いずれかに○をつけてください。）

1. 作成済 2. 作成中 3. 作成予定 4. 作成しない

※既に運営している別事業所等で作成し、活用しているマニュアル等があれば添付してください。

2 地域密着型サービス事業所を運営するにあたり、災害時及び非常時における対応をどのように考えているか、ハード面、ソフト面それぞれご記入ください。

ア ハード面での取り組み

--

イ ソフト面での取り組み

--

3 高齢者虐待防止マニュアルの作成状況（いずれかに○をつけてください。）

1. 作成済 2. 作成中 3. 作成予定 4. 作成しない

※既に運営している別事業所等で作成し、活用しているマニュアル等があれば添付してください。

4 地域密着型サービス事業所を運営するにあたり、高齢者虐待防止についてどのように考えているか、ご記入ください。

--

5 高齢者虐待防止の職員研修についてご記入ください。

--

## 衛生管理体制について

1 衛生管理マニュアルの作成状況（いずれかに○をつけてください。）

1. 作成済 2. 作成中 3. 作成予定 4. 作成しない

※既に運営している別事業所等で作成し、活用しているマニュアル等があれば添付してください。

2 地域密着型サービス事業所を運営するにあたり、衛生管理についてどのように考えているか、ご記入ください。

## 職員の質の確保について

(1) 有資格者等の配置について

管理者予定者	同種地域密着管理者経験	<input type="checkbox"/>	有	年	<input type="checkbox"/>	無
	他種地域密着管理者経験	<input type="checkbox"/>	有	年	<input type="checkbox"/>	無
介護支援専門員予定者	同種地域密着計画作成経験	<input type="checkbox"/>	有	年	<input type="checkbox"/>	無
	他種地域密着計画作成経験	<input type="checkbox"/>	有	年	<input type="checkbox"/>	無
計画作成担当者予定者	同種地域密着計画作成経験	<input type="checkbox"/>	有	年	<input type="checkbox"/>	無
	他種地域密着計画作成経験	<input type="checkbox"/>	有	年	<input type="checkbox"/>	無

※計画作成担当者予定者は認知症対応型共同生活介護のみ記入してください。

サービス提供体制強化加算	I (イ) ・ I (ロ) ・ II ・ III ・ 算定しない
--------------	----------------------------------

(2) 職員の確保の方針について

※専門職の配置について、新規採用の予定、法人内での配置換え等について記載してください。

(3) 事業開始前に行う研修内容及び回数等について

(4) 事業開始後に行う研修内容及び回数等について

事業計画書 ( )

1. 事業者について

法人概要	名称：	代表者職 氏 名
	昭和・平成 年 月 日 設立・設立予定	
法人所在地	( 〒 - )	
	住所：	

2. 事業所について

設置場所	米子市	圏域
事業所名称	仮称	
定 員	登録 人	通い 人 宿泊 人
事業理念 運営方針概要		
サービス提供 エリアについて (資料が必要な場合は適宜添付してください。)	<p>①設置予定地及びサービス提供エリアにおいて、どのようなニーズを見込んでいるか、具体的に記入してください。</p> <p>②上記①で見込んでいるニーズに、当該事業所としてどのように取り組んでいくか、具体的に記入してください。</p> <p>③上記②での取り組み内容を実現・継続できる根拠をどのように考えているか、具体的に記入してください。</p> <p>④当該事業に新規参入する場合、参入理由を具体的に記入してください。</p>	
併設施設等		

生活保護法第54条の2第2項の規定により、生活保護法の指定介護機関として		
	<input type="checkbox"/> 指定を受ける	<input type="checkbox"/> 指定は受けない



7. 新設する施設・事業所の需要見込みについて

年間見込総数 (人)		各月の延利用者数見込み (人)											
開設初年度	月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
※当該事業の「開設初年度」における各月の延利用者数見込みを記載すること。	見込数												
2年度目	月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
※当該事業の「2年度目」における各月の延利用者数見込みを記載すること。	見込数												

8. 7で算出した需要見込人数の方法について（既存の地域密着型施設等の利用状況の勘案など）

## 収支見込シミュレーション

下記を参考に、必要事項を記載し、収支見込予算が把握できるように作成してください。  
 (事業名： ) (単位：円)

項 目	1年目 ～	2年目 ～	3年目 ～	備考
稼働率	%	%	%	
<b>【収入】</b>				
介護保険報酬				
光熱水費				
食費				
宿泊費				
その他の日常生活費				
寄付				
補助金				
その他				
収入計 A				
<b>【支出】</b>				
給与費				
福利厚生費				
委託料				
事務経費				
地代等				
支払利子等				
利用者実費負担費用				
その他				
支出計 B				
減価償却前損益 C=A-B				
減価償却費 D				
減価償却後損益E=C-D				
税金関係 F				法人税・固定資産税等
税引後損益 G=E-F				
借入金元金返済 H				
余剰金 I=C-F-H				
前年度繰越金 J				
翌年度繰越金 K=J+I				

**【注意】**

- 1 施設整備費用は含めない。
- 2 福利厚生費については、地域密着型サービス事業所の会計とは別に、母体法人で負担している場合は、その旨を記入すること。
- 3 利用者負担実費分は、食材料費、光熱水費など利用者本人が負担する額を記入すること。
- 4 併設する介護サービス事業所等がある場合は、事業所ごとに作成すること。



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 認知症介護に関する経歴（基準日：平成28年3月31日現在）				
年月～年月	期間	勤務先等	種別	職務内容
～	年 か月			
～	年 か月			
～	年 か月			
～	年 か月			
～	年 か月			
～	年 か月			
2 保健医療サービスまたは福祉サービスの経営に関する経歴（基準日：平成28年3月31日現在）				
年月～年月	期間	勤務先等	役職	
～	年 か月			
～	年 か月			
～	年 か月			
～	年 か月			
～	年 か月			
3 職務に関する資格（基準日：平成28年3月31日現在）				
資格の種類			資格取得年月	
4 厚生労働省令に定める研修の受講状況（基準日：平成28年3月31日現在）				
認知症介護サービス事業開設者研修				
<input type="checkbox"/> 受講済み：平成 年 月 日				
<input type="checkbox"/> 受講予定：平成 年 月 日（平成 年 月 日申込済）				
<input type="checkbox"/> 未受講：				
※ 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。				

## 役員等調書兼照会承諾書

平成 年 月 日

米子市長 様

(届出者)

所在地

商号又は名称

職・氏名

印

次の役員等調書の記載事項については、事実と相違ないことを誓約するとともに、この調書に記載した者について、米子市の行政事務からの暴力団等の排除を目的として鳥取県米子警察署に照会することを承諾します。

役職等	氏名	ふりがな	生年月日	性別

### 【注意事項】

- 役員等（法人にあっては非常勤を含む役員及び監査役並びに米子市所在の営業所等の長が役員でない場合にはその長、その他の団体にあっては法人の役員等と同様の責任を有する代表者・理事等、個人事業者にあっては当該個人）の氏名、生年月日等を記載してください。
- 提出に当たっては、氏名、生年月日等の個人情報、暴力団、暴力団員又はこれらの利益につながる活動を行い、若しくはこれらと密接な関係を有する者ではないことの確認のために提供され、及び利用されることについて、当該名簿に記載されている方の同意を取ってください。
- この名簿は、2の確認のために使用し、それ以外の目的には使用しません。

## 総事業費に対する資金計画書

法人名		実施事業	
事業所名(仮称)			

事業費内訳

(単位：千円)

項目		金額	備考
用地取得費等			
内訳	土地購入費		
	土地利用権取得費 (賃料・敷金等)		
	その他		
建物建設(取得)費等			
内訳	建設工事費		
	造成工事費		
	建物利用権取得費 (賃料・敷金等)		
	その他( )		
その他			
内訳	備品購入費		
	初期運転資金		
	その他( )		
事業費内訳合計			

財源内訳

(単位：千円)

項目	内容		金額
用地取得費等	借入金	(借入先を記入)	
	自己資金		
建物建設費	補助金		
	借入金	(借入先を記入)	
	自己資金		
建物取得費	借入金	(借入先を記入)	
	自己資金		
その他	補助金		
	借入金	(借入先を記入)	
	自己資金		
合計			

(単位：千円)

自己資金合計		
借入金内訳	(借入先を記入)	
	(借入先を記入)	
借入金合計		

質 問 票

平成 年 月 日

(宛先) 米子市長

平成28年度米子市地域密着型サービス事業者公募要領について、別紙のとおり質問  
がありますので提出します。

(質疑者) 住 所

電話番号

法人名

代表者名

担当者名

印

# 質 疑 事 項

質疑法人名

(注) 質疑事項は、一問一枚として簡潔にまとめてください。

項目	
内容	

## 公募申込辞退届

平成28年度米子市地域密着型サービス事業者公募に対する申込を辞退しますので届出ます。

平成 年 月 日

(宛先) 米子市長

(提出者) 住 所

電話番号

法 人 名

代表者名

印

担当者名

平成 年 月 日

(宛先) 米子市長

住 所

法 人 名

代表者名

印

## 意 向 確 認 書

併設提案の場合、下記のとおりとします。(下記のいずれかに○をお願いします)

	小規模多機能型居宅介護のみでも実施する
	地域密着型介護老人福祉施設のみでも実施する
	併設でなければ辞退する