

(様式1)

質 問 書

年 月 日

米 原 市 長 様

所在地

法人名

代表者職氏名

印

令和5年度 米福政委託第18号 米原市地域包括支援センター運営業務および米原市認知症初期集中支援チーム運営業務について、次の事項を質問します。

質問項目	質問内容

※1 記入欄が不足する場合は、複写して作成してください。

(様式2)

公募型プロポーザル参加申込書

年 月 日

米 原 市 長 様

所在地

法人名

代表者職氏名

㊞

令和5年度 米福政委託第18号

米原市地域包括支援センター運営業務および米原市認知症初期集中支援チーム運営業務

米原市が実施する下記業務に係る公募型プロポーザルについて、要領および関係書類に示された条件等を承知の上、プロポーザルへの参加を申し込みます。なお、本申込書および添付書類の全ての記載事項について事実と相違ないことを誓約します。

この誓約に違反があった場合は、下記業務のプロポーザルの提案、見積等が無効になることについて異議はありません。

記

業務名等 令和5年度 米福政委託第18号
米原市地域包括支援センター運営業務および米原市認知症初期集中支援
チーム運営業務

(様式3)

法人概要書

年 月 日現在

法人名	(ふりがな)			
代表者氏名				
所在地	〒			
設立年月日	年 月 日			
業務実施事業所	事業所名	(ふりがな)		
	代表者氏名			
	所在地	〒		
	設立年月日		従業員数	人 (うち常勤 人)
	基本理念 経営理念			
	沿革 および 事業実績			
	保険等の 加入状況	雇用保険への加入	有 ・ 無	
健康保険および厚生年金保険への加入		有 ・ 無		
法定外労働災害補償制度への加入		有 ・ 無		

※ 法人の概要がわかるパンフレット等を添付してください。

(様式4)

提供している介護保険サービス等の概要

(法人名:)

地域包括支援センター・老人介護支援センターの運営				
該当がある場合、○を記載してください。				
	地域包括支援センター	委託者名 (自治体名) ()		都道府県
	老人介護支援センター	委託者名 (自治体名) ()		都道府県
番号	サービス種別 ※1	事業所・施設名、所在地等	事業者 番号	実施区域 の別
①		事業所・施設名： 所在地： 指定年月日： 年 月 日 (運営年数) (年 月)		市内 県内 県外
②		事業所・施設名： 所在地： 指定年月日： 年 月 日 (運営年数) (年 月)		市内 県内 県外
③		事業所・施設名： 所在地： 指定年月日： 年 月 日 (運営年数) (年 月)		市内 県内 県外
④		事業所・施設名： 所在地： 指定年月日： 年 月 日 (運営年数) (年 月)		市内 県内 県外
⑤		事業所・施設名： 所在地： 指定年月日： 年 月 日 (運営年数) (年 月)		市内 県内 県外

※1 「居宅介護支援」「訪問介護」「特別養護老人ホーム」等の種別を記載してください。

※ 業務実施事業所が実施しているもののみ記載してください。

※ その他 枠が足りない場合は、適宜追加してください。

(様式5)

介護保険サービス（事業所・施設）指導監査等
実施状況に係る申出書

年 月 日

米原市長 様

所在地

法人名

代表者氏名

印

介護保険サービス（事業所・施設）を対象とした令和2年4月1日から申出日現在に至るまでの国または自治体による指導監査等実施状況について、下記のとおり申し出ます。

記

- 指導監査等の対象となった事業所・施設はない。
(指導監査等の結果、指導事項はなかった場合も含む。)
- 指導監査等の結果、指導事項があったので、下表の監査等結果通知(写)および改善報告書(写)について提出する。

番号	通知種別	日付および 文書件番号	件名	事業所・ 施設種別	国または 自治体名
1	監査等結果通知				
	改善報告書				
2	監査等結果通知				
	改善報告書				
3	監査等結果通知				
	改善報告書				

(様式6)

運營業務提案書

法人名	
-----	--

(1) 地域包括支援センターの運営方針を記載してください。

(2) 認知症初期集中支援チームの運営方針を記載してください。

(3) 米原市らしい地域包括ケアシステムの構築および多職種連携の在り方について記載してください。

(4) 職員の資質向上および人材育成について記載してください。

(5) 中立・公正の確保について記載してください。

(6) 個人情報の取扱いについて記載してください。

(様式 7-1)

人員配置計画書

(米原市山東伊吹地域包括支援センター)

1 令和6年4月1日以降の職員体制 _____人

2 1の職員数の内訳を記載してください。

(1) 令和6年4月1日時点における人員配置計画について、人員体制および専門職種の経験年数について記載してください。

職 種	合計	専門職種の経験年数				新規 採用 見込み
		3年 未満	3年～ 5年未満	5年～ 10年未満	10年 以上	
① 保健師	人	人	人	人	人	人
上記に準ずる者	人	人	人	人	人	人
② 社会福祉士	人	人	人	人	人	人
上記に準ずる者	人	人	人	人	人	人
③ 主任介護支援専門員	人	人	人	人	人	人
上記に準ずる者	人	人	人	人	人	人
④	人	人	人	人	人	人
上記に準ずる者	人	人	人	人	人	人
⑤	人	人	人	人	人	人
上記に準ずる者	人	人	人	人	人	人
⑥	人	人	人	人	人	人
上記に準ずる者	人	人	人	人	人	人
合 計	人	人	人	人	人	人

※「準ずる者」については、仕様書の「6 人員配置」を参照してください。

3 業務責任者（センター長）の兼務の有無

・有 ⇒ _____と兼務（①～⑥の番号で記載してください。）

・無 ⇒ 経験年数と職種・役職等を記載 _____年・

※裏面に続く

4 2の職員のうち、特筆すべき実績等があれば記載してください。

(様式7-2)

人員配置計画書

(米原市米原近江地域包括支援センター)

1 令和6年4月1日以降の職員体制 _____人

2 1の職員数の内訳を記載してください。

(1) 令和6年4月1日時点における人員配置計画について、人員体制および専門職種の経験年数について記載してください。

職 種	合計	専門職種の経験年数				新規 採用 見込み
		3年 未満	3年～ 5年未満	5年～ 10年未満	10年 以上	
① 保健師	人	人	人	人	人	人
上記に準ずる者	人	人	人	人	人	人
② 社会福祉士	人	人	人	人	人	人
上記に準ずる者	人	人	人	人	人	人
③ 主任介護支援専門員	人	人	人	人	人	人
上記に準ずる者	人	人	人	人	人	人
④	人	人	人	人	人	人
上記に準ずる者	人	人	人	人	人	人
⑤	人	人	人	人	人	人
上記に準ずる者	人	人	人	人	人	人
⑥	人	人	人	人	人	人
上記に準ずる者	人	人	人	人	人	人
合 計	人	人	人	人	人	人

※「準ずる者」については、仕様書の「6 人員配置」を参照してください。

3 業務責任者（センター長）の兼務の有無

・有 ⇒ _____と兼務（①～⑥の番号で記載してください。）

・無 ⇒ 経験年数と職種・役職等を記載 _____年・

※裏面に続く

4 2の職員のうち、特筆すべき実績等があれば記載してください。

(様式7-3)

人員配置計画書

(米原市認知症初期集中支援チーム)

1 令和6年4月1日以降の職員体制 _____人

2 1の職員数の内訳を記載してください。

(1) 令和6年4月1日時点における人員配置計画について、人員体制および専門職種の経験年数について記載してください。

職 種	合計	専門職種の経験年数				新規 採用 見込み
		3年 未満	3年～ 5年未満	5年～ 10年未満	10年 以上	
① チーム員医療職 免許・資格()	人	人	人	人	人	人
② チーム員福祉職 免許・資格()	人	人	人	人	人	人
③ チーム員医師 免許・資格()	人	人	人	人	人	人
④ 免許・資格()	人	人	人	人	人	人
⑤ 免許・資格()	人	人	人	人	人	人
⑥ 免許・資格()	人	人	人	人	人	人
合 計	人	人	人	人	人	人

3 2の職員のうち、特筆すべき実績等があれば記載してください。

--