

(様式1)

令和 年 月 日

新潟市地域包括支援センター業務受託法人
応募申請書

(宛先) 新潟市長

令和5年10月付で募集のあった、新潟市地域包括支援センター業務の受託について、別紙の書類を添付し応募します。

法人所在地

法人名

代表者氏名

担当者名

TEL 番号

FAX 番号

E-mail

応募圏域	区	圏域
設置予定所在地	区	

「第1順位者」とならなかった場合の「第2順位者」としての選定希望
※有無どちらかに○を付すこと

(有 ・ 無) 詳細は公募要領10頁をご確認ください。

(様式2)

誓約書兼同意書

令和 年 月 日

(宛先) 新潟市長

所在地
名称
代表者職名・氏名

当法人は、新潟市地域包括支援センター業務受託法人公募申込を行うにあたり、公募要領「2. 応募（1）応募資格」に該当する内容について、申請者及び役員等が各資格を有していること、及び、本公募に係る提出書類の一切の内容について、事実と相違ないことを誓約します。

また、併せて新潟市暴力団排除条例の主旨に基づき、下記1及び2の事項について誓約します。

記

- 当法人は次のいずれにも該当しません。
 - 暴力団（新潟市暴力団排除条例（平成24年新潟市条例第61号）第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）
 - 暴力団員（新潟市暴力団排除条例第2条第3号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）
 - 役員等（法人である場合は役員又は支店若しくは営業所の代表者その他これらと同等の責任を有する者をいい、法人以外の団体である場合は代表者、理事その他これらと同等の責任を有する者をいう。）が暴力団員であるもの
 - 暴力団又は暴力団員が経営に実質的に関与しているもの
 - 自己、その属する法人その他の団体若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用しているもの
 - 暴力団又は暴力団員に対して資金を提供し、又は便宜を供与するなど直接的又は積極的に暴力団の維持運営に協力し、又は関与しているもの
 - その他暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有するもの
- 新潟市暴力団排除条例の主旨に基づき名簿（様式2別紙）を提出します。名簿に記載されたすべての者は、暴力団員等であるか否かの確認のため、新潟県警察本部に対してこの名簿による照会が行われる場合があることに同意しております。

なお、名簿記載内容は事実と相違ありません。

(様式2 別紙)

役員等名簿					
役職名・呼称	生年月日	性別	フリガナ 住 所		押 印
フリガナ 氏 名	他法人の理事等状況		TEL	FAX	
		男・女			
	有・無 ()		TEL	FAX	
		男・女			
	有・無 ()		TEL	FAX	
		男・女			
	有・無 ()		TEL	FAX	
		男・女			
	有・無 ()		TEL	FAX	
		男・女			
	有・無 ()		TEL	FAX	
		男・女			
	有・無 ()		TEL	FAX	
		男・女			
	有・無 ()		TEL	FAX	
		男・女			
	有・無 ()		TEL	FAX	

※ 当該法人の理事、役員等（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められる者を含む。）について記入・押印してください。

※ 他法人の理事、役員等を兼務している場合は、他法人の理事状況の「有」に○印を付し、()に他法人名及び役職名を記入してください。

※ スタンプ型以外の印鑑で押印してください。

※ 上記に記載された個人情報については、本公募審査用務及び暴力団員等の該当性の確認にのみ使用し、その他の目的には一切使用しません。また、その取扱いについては、個人情報の保護に関する法律を遵守し、適正に管理いたします。

(様式3)

法人が新潟市内で提供している介護サービス及び介護予防・生活支援サービスの概要

応募圏域： 区 圏域						
法人名：						
運営事業所 (※1)	①	事業所名 所在地：新潟市				
	②	事業所名 所在地：新潟市				
	③	事業所名 所在地：新潟市				
実施状況	番号 (※2)	サービスの種類(※3)	指定年月日	サービス開始年月 日(※4)	利用者数 (※5)	再掲(対象圏域内 利用者数)
法人内の職員 の状況 (※6)	保健師等 人 社会福祉士等 人 主任介護支援専門員等 人					

- ※1 運営事業所の所在地ごとに記載して下さい。
- ※2 「運営事業所」欄の番号を記載して下さい。
- ※3 介護サービスは介護保険法第8条各項にある事業ごとに記載して下さい(第8条の2各項にある介護予防サービスは省略可とします)。介護予防・生活支援サービスは新潟市介護予防・日常生活支援総合事業実施要綱第5条にある事業ごとに記載して下さい。
- ※4 「指定年月日」と異なる場合のみ記載して下さい。
- ※5 令和5年9月提供分として介護報酬請求した件数(予防を含む実人数)を記載して下さい。
- ※6 応募時点における人数を記載して下さい。(3職種に準ずる者も含みます。)

(様式 3-1)

法人が新潟市内で提供している介護サービス及び介護予防・生活支援サービスの概要

応募圏域：	区	圏域
法人名：		

運営事業所 (※1)	④	事業所名 所在地：新潟市
	⑤	事業所名 所在地：新潟市
	⑥	事業所名 所在地：新潟市
	⑦	事業所名 所在地：新潟市
	⑧	事業所名 所在地：新潟市
	⑨	事業所名 所在地：新潟市
	⑩	事業所名 所在地：新潟市
	⑪	事業所名 所在地：新潟市
	⑫	事業所名 所在地：新潟市

(様式4)

新潟市地域包括支援センター設置及び運営に関する趣意書

応募圏域： 区 圏域

法人名：

1. 設置の趣意	
2. 運営方針	
3. 事業計画	
4. 高齢者虐待等対応のための24時間連絡体制	
5. 医療との連携に関する考え方	
6. 地域との連携に関する考え方	

(様式5)

履歴書

応募圏域： 区 圏域					
法人名：					
1. 保健師 2. 社会福祉士 3. 主任介護支援専門員 (数字を○で囲む)					
<input type="checkbox"/> 準ずる者 (該当する場合チェックを入れる)					
ふりがな 氏 名 ⑨		資 格 (取得日)			
生年月日	年	月	日生 満	才	
上記 番号の 職歴	事業所名 (法人名)	就職年月	退職年月	在職年月	担当業務内容 (提供サービスの種類、具体的な 支援内容及び各業務従事年数)
備 考 (本人が、上記履歴書を記入すること。代筆した場合はその理由を記入すること。)					

※令和6年4月1日時点 (見込みも含む)

※裏面に資格証をコピーすること

※担当業務内容等について欄内に書ききれない場合は備考に記載するか別紙に記載し添付すること

(様式6)

従業員の勤務の体制及び勤務形態一覧表

事業所名	
サービスの種類	
当該事業所における常勤の従業員が1週あたりに勤務すべき時間数	時間

(年 月分)

職種	勤務形態	氏名	第1週							第2週							第3週							第4週							4週の合計	週平均の勤務時間	常勤換算後の人数	備考				
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28								
合計																																						

注1: 「勤務形態」欄は、常勤・専従の場合は「A」、常勤・兼務の場合は「B」、非常勤・専従の場合は「C」、非常勤・兼務の場合は「D」と記入すること。
注2: 4週間の勤務時間数を記入し、公休の場合は「×」を記入すること。また、備考欄には資格や兼務状況を記載すること。
注3: 職種ごとに小計を付けて分けて記載し、職員が複数の職種を兼務している場合は、それぞれの職種ごとに勤務時間を割り振ること。

(様式7)

質 問 票

(宛先)新潟市長

新潟市地域包括支援センター業務受託法人公募要領等に関して、質問を行いたいので質問票を提出します。

質問者

法人名
部署・職名
担当者名
電話番号
FAX 番号
E-mail

資料名	(例：公募要領)	ページ	
項目名	(例：「(4) 職員配置」について)		
質問内容	(テーマ)		
(内 容)			

- ※ 質問は本様式1枚につき一問とし、質問趣旨がわかるよう簡潔かつ明確に記載してください。
- ※ 質問票の提出は公募説明会参加申し込みを行った法人に限ります。
- ※ 審査選定内容や、介護保険法に基づく指定基準など法令等により確認ができる事項、他の応募者に関する情報等については回答しかねます。

(様式8)

令和 年 月 日

応募辞退届

(宛先)新潟市長

令和 年 月 日付けで申請した新潟市地域包括支援センター業務受託法人(応募区域
区 圏域)への応募を辞退します。

法人名

所在地

代表者名

印