様式１

　　年　　月　　日

茂原市長　田中　豊彦

所在地

法人名

代表者名　　　　　　　　印

茂原市地域包括支援センター委託法人公募申込書

　年　月　日付けで公募のあった、茂原市地域包括支援センター設置及び運営の受託を希望する法人として応募申込みいたします。

なお申込むにあたり、茂原市地域包括支援センター委託法人公募要項を遵守いたします。

１．公募する地区

|  |  |
| --- | --- |
| 地区名 | 日常生活圏域　茂原地区 |
| 事務所設置予定場所 | 〒 |
| 管理予定者職氏名 |  |

２．担当者連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 法　人　名 |  |
| 担　当　者 |  |
| 連　絡　先 | 住　所 | 〒 |
| 電　話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| Ｅ-mail |  |

様式２

誓　　　　約　　　　書

茂原市長　　田中　豊彦

　茂原市地域包括支援センター委託法人公募の参加表明を行うにあたり、「茂原市地域包括支援センター委託法人公募要項」に定める応募資格の要件をすべて満たしていること、および応募書類の内容について、事実に相違ないことを誓約します。

　　年　　　月　　　日

　　　申請者

　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名（名称及び代表者名）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

様式３

地域包括支援センター運営に関する事項（法人概要）

１．応募法人の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 法人所在地 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 設立年月日 |  |
| 資本金（基本財産） |  |
| 従業員・従事者数 |  |
| 法人の運営方針 |  |

２．茂原市内における介護サービス事業実績

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業名 | 事業所名 | 事業所所在地 | 事業開始年月 |
|  |  |  | 年　　月 |
|  |  |  | 年　　月 |
|  |  |  | 年　　月 |
|  |  |  | 年　　月 |
|  |  |  | 年　　月 |
|  |  |  | 年　　月 |

・介護保険法第8条各号で規定された事業を記載してください。

・事業所所在地は大字までの記載で可とします。

（記載例茂原市道表１番地　⇒　茂原市道表）

※記入欄が不足する場合は、各記載欄を適宜増やして記載する他、別紙としてＡ４縦の用紙を使用してください。

様式４

地域包括支援センター運営に関する事項（基本理念）

|  |  |
| --- | --- |
| 法　人　名 |  |
| ＊地域包括支援センターの公募に応募する動機を記載すること。 |
| ＊地域包括ケアシステムの構築に向けた地域づくりの考え方についてどのような視点で地域包括支援センターを運営していくか具体的に記載すること。 |

※記入欄が不足する場合は、別紙としてＡ４縦の用紙を使用してください。

様式５－１

地域包括支援センター運営に関する事項（事業方針）

＊各項目について、受託後にどのように取り組むか貴法人の考え方を記載のこと。

|  |  |
| --- | --- |
| 法　人　名 |  |
| ＊第１号介護予防支援事業（目標及び具体的な実施計画等） |
| ＊総合相談業務（目標及び具体的な実施計画等） |
| ＊地域におけるネットワーク構築について（目標及び具体的な実施計画等） |

※記入欄が不足する場合には、別紙としてＡ４縦の用紙を使用してください。

様式５－２

地域包括支援センター運営に関する事項（事業方針）

＊各項目について、受託後にどのように取り組むか貴法人の考え方を記載のこと。

|  |  |
| --- | --- |
| 法　人　名 |  |
| ＊権利擁護業務（目標及び具体的な実施計画等） |
| ＊包括的継続的ケアマネジメント業務（目標及び具体的な実施計画等） |
| ＊指定介護予防支援業務（目標及び具体的な実施計画等） |
| ＊チームアプローチの取り組みについて |

※記入欄が不足する場合には、別紙としてＡ４縦の用紙を使用してください。

様式５－３

地域包括支援センター運営に関する事項（事業方針）

|  |  |
| --- | --- |
| 法　人　名 |  |
| 　地域の特性や地域課題をどう捉えているか、そこから地域資源の発掘や地域課題解決に向けた方策として何が考えられるか、具体的に記載してください。また、茂原市が行う福祉サービスや各地域にある社会資源等を活用してどのような関わり方をしていくべきか貴法人の意見を以下の欄に記載してください。 |
|  |

※記入欄が不足する場合には、別紙としてＡ４縦の用紙を使用してください。

様式６

地域包括支援センター運営に関する事項（開設日程）

|  |  |
| --- | --- |
| 法　人　名 |  |
| ＊地域包括支援センター開設までの準備計画（内容、スケジュール）を記載のこと。 |

※記入欄が不足する場合には、別紙としてＡ４縦の用紙を使用してください。

様式７－１

　　年　　月　　日

地域包括支援センター運営に関する事項（職員確保）

|  |  |
| --- | --- |
| 法　人　名 |  |
| 担当地域名 |  |
| 管理予定者氏名（職名） | 　　　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　） |
| 配置予定人数 | 　　　　　　　　　　　　　　　名 |

１．職員配置予定者

①保健師等

|  |  |
| --- | --- |
| 配置方法 | □法人内の人事異動　　□雇用内諾済　　　□募集予定（□→■で選択すること） |
| 配 置 予 定 者 | 氏名 |  |
| 職種 | □保健師　　□同職に準ずる者　（□→■で選択すること）【資格取得日：　　　　　　年　　　　　月　　　　　日】 |
| 保健師に準ずる者の場合はその該当要件を記入してください。 |
| 資格 | □保健師　　□看護師　　　　　（□→■で選択すること）【資格取得日：　　　　　　年　　　　　月　　　　　日】 |
| 職歴 | 期　間 | 職務内容 |
| 　　年　　月～　　　年　　月 |  |
| 　　年　　月～　　　年　　月 |  |
| 　　年　　月～　　　年　　月 |  |

様式７－２

|  |  |
| --- | --- |
| 配置方法 | □法人内の人事異動　　□雇用内諾済　　　□募集予定（□→■で選択すること） |
| 配 置 予 定 者 | 氏名 |  |
| 職種 | □保健師　　□同職に準ずる者　（□→■で選択すること）【資格取得日：　　　　　　年　　　　　月　　　　　日】 |
| 保健師に準ずる者の場合はその該当要件を記入してください。 |
| 資格 | □保健師　　□看護師　　　　　（□→■で選択すること）【資格取得日：　　　　　　年　　　　　月　　　　　日】 |
| 職歴 | 期　間 | 職務内容 |
| 　　年　　月～　　　年　　月 |  |
| 　　年　　月～　　　年　　月 |  |
| 　　年　　月～　　　年　　月 |  |

②社会福祉士等

|  |  |
| --- | --- |
| 配置方法 | □法人内の人事異動　　□雇用内諾済　　　□募集予定（□→■で選択すること） |
| 配 置 予 定 者 | 氏名 |  |
| 職種 | □社会福祉士　　□同職に準ずる者　（□→■で選択すること）【資格取得日：　　　　　　年　　　　　月　　　　　日】 |
| 社会福祉士に準ずる者の場合はその該当要件を記入してください。 |
| 資格 | 　□社会福祉士　　□介護支援専門員　　□社会福祉主事　　　　　　（□→■で選択すること）【資格取得日：　　　　　　年　　　　　月　　　　　日】 |
| 職歴 | 期　間 | 職務内容 |
| 　　年　　月～　　　年　　月 |  |
| 　　年　　月～　　　年　　月 |  |
| 　　年　　月～　　　年　　月 |  |

様式７－３

|  |  |
| --- | --- |
| 配置方法 | □法人内の人事異動　　□雇用内諾済　　　□募集予定（□→■で選択すること） |
| 配 置 予 定 者 | 氏名 |  |
| 職種 | □社会福祉士　　□同職に準ずる者　（□→■で選択すること）【資格取得日：　　　　　　年　　　　　月　　　　　日】 |
| 社会福祉士に準ずる者の場合はその該当要件を記入してください。 |
| 資格 | 　□社会福祉士　　□介護支援専門員　　□社会福祉主事　　　　　　（□→■で選択すること）【資格取得日：　　　　　　年　　　　　月　　　　　日】 |
| 職歴 | 期　間 | 職務内容 |
| 　　年　　月～　　　年　　月 |  |
| 　　年　　月～　　　年　　月 |  |
| 　　年　　月～　　　年　　月 |  |

③主任介護支援専門員等

|  |  |
| --- | --- |
| 配置方法 | □法人内の人事異動　　□雇用内諾済　　　□募集予定（□→■で選択すること） |
| 配 置 予 定 者 | 氏名 |  |
| 職種 | □主任介護支援専門員　　□主任介護支援専門員資格取得予定者　　　　　（□→■で選択すること）【資格取得（取得予定）日：　　　年　　　月】 |
| 主任介護支援専門員資格取得予定者については、その該当要件を記入して下さい。 |
| 資格 | □主任介護支援専門員　　□主任介護支援専門員資格取得予定者　　　　　（□→■で選択すること）【資格取得（取得予定）日：　　　年　　　月】 |
| 職歴 | 期　間 | 職務内容 |
| 　　年　　月～　　　年　　月 |  |
| 　　年　　月～　　　年　　月 |  |
| 　　年　　月～　　　年　　月 |  |

様式７－４

|  |  |
| --- | --- |
| 配置方法 | □法人内の人事異動　　□雇用内諾済　　　□募集予定（□→■で選択すること） |
| 配 置 予 定 者 | 氏名 |  |
| 職種 | □主任介護支援専門員　　□主任介護支援専門員資格取得予定者　　　　　（□→■で選択すること）【資格取得（取得予定）日：　　　年　　　月】 |
| 主任介護支援専門員資格取得予定者については、その該当要件を記入して下さい。 |
| 資格 | □主任介護支援専門員　　□主任介護支援専門員資格取得予定者　　　　　（□→■で選択すること）【資格取得（取得予定）日：　　　年　　　月】 |
| 職歴 | 期　間 | 職務内容 |
| 　　年　　月～　　　年　　月 |  |
| 　　年　　月～　　　年　　月 |  |
| 　　年　　月～　　　年　　月 |  |

様式７－５

（留意事項）

「配置予定者」は、配置予定が未定の場合は記入不用です。

「職歴」は現職を含めて過去の職務履歴を記入してください。

「雇用内諾有」の場合は、内諾が確認できる書面等を添付してください。

２．法人における職員確保に関する状況（職員確保体制）

　配置予定職員が業務開始後、職員の退職等により職務に就くことができなくなった場合において、法人内の各職種資格所有者の有無及びこれに伴う人事異動等の対応の可否について記載し、代替人員確保等の方針について記載すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職　名 | 法人内有資格者人員 | 異動対応等の可否 |
| 保健師等 | □有（　　　名）　　□無 | □異動対応可　　□不可 |
| 社会福祉士等 | □有（　　　名）　　□無 | □異動対応可　　□不可 |
| 主任介護支援専門員等 | □有（　　　名）　　□無 | □異動対応可　　□不可 |
| 介護支援専門員等 | □有（　　　名）　　□無 | □異動対応可　　□不可 |
| 受託後の職員の欠員等に伴う代替人員確保等の方針について |
|  |

（□→■で選択すること）

様式７－６

３．職員研修等の実施について

＊各項目についてどのように取り組むか貴法人の考え方を記載のこと。

|  |  |
| --- | --- |
| 法　人　名 |  |
| 業務開始にあたり、新規に職員を雇用するか。□新規雇用する　　□新規雇用しない[□→■で選択すること] |
| ＊業務開始にあたり、配置予定職員に対して業務開始前、業務開始後にどのような職員教育を行うか。 |

※記入欄が不足する場合は、別紙としてＡ４縦の用紙を使用してください。

様式８－１

地域包括支援センター運営に関する事項（事務所設置計画）

|  |  |
| --- | --- |
| 法　人　名 |  |

１．事務所の設置方法

|  |
| --- |
| □法人施設内　　□賃貸（予定）物件内【建物の所有者：　　　　　　　　　　　　　　】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　[以下□→■で選択すること] |

２．事務室の設置場所

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 | 〒茂原市　※地図を添付すること。 |
| 事務室位置 | 　　　階建建物中　　　　階（エレベーター：□有　　　□無） |
| 事務室の位置案内 | 相談等の来訪者に対する位置案内について看板等の設置場所等、具体的な方策を記入すること。 |

３．事務室の設置内容

|  |  |
| --- | --- |
| 面積 | 　　　　　　　　㎡（事務室内に相談室を設置する場合にはその面積を除くこと） |
| 設置状況 | 　　□個室（独立利用）　　　　□他事業所と共有 |
| 他事業所と共有する場合、事務室の仕切り方法を記入すること。 |

４．相談室の設置内容

|  |  |
| --- | --- |
| 面積 | 　　　　　　　　㎡ |
| 設置状況 | 　　□個室（独立利用）　　　　□他事業所と共有 |
| 事務室と共有する場合、事務室の仕切り方法を記入すること。 |

様式８－２

|  |
| --- |
| ５．事務所平面図・事務所の平面図は、主なレイアウト（職員の机や書庫の配置予定など）を記入するとともに、建物入口からの部分と事務室を含めて記入すること。・縦記載または横記載でも可とする。なお、Ａ４サイズないし折りたたみでＡ４サイズに収まる場合別紙添付でも可。なお別紙添付の場合には添付する用紙に「５．事務所平面図」と記載すること。 |

※記入欄が不足する場合は、別紙としてＡ４縦の用紙を使用してください。

様式８－３

６．設置予定事務所の状況がわかる現況写真等

（事務所設置予定建物の外観）

（写真または画像データを添付してください）

（事務室・相談室設置予定場所）

（写真または画像データを添付してください）

様式９

地域包括支援センター運営に関する事項（危機管理）

＊各項目について、受託後にどう取り組むか貴法人の考え方を記載のこと。

|  |  |
| --- | --- |
| 法　人　名 |  |
| ＊個人情報の保護・管理について |
| ＊事故・緊急時の対応について |
| ＊苦情処理と業務への反映について |

※記入欄が不足する場合は、別紙としてＡ４縦の用紙を使用してください。