（令和６年度）

桑名市くらしいきいき教室事業委託に係る

公募型プロポーザル実施要領（様式集）

令和６年４月

三重県桑名市

様式第１号

　　　年　　　月　　　日

参加資格審査申請書

　（あて先）桑名市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　役職名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　（実印）

　　　　　　　　　　　　　　　　担当者　氏　　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　　　属

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　FAX番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　E-mail

（委託業務名）桑名市くらしいきいき教室事業委託

　桑名市くらしいきいき教室事業委託に係る公募型プロポーザル実施要領に基づき、参加資格審査に応募します。

　なお、この書類及び添付書類の全ての記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

【添付書類】（提出する書類にはレ点を付すこと。）

１．応募書類様式

□【様式第２号】申立書

□【様式第３号】役員名簿

□【様式第４号】くらしいきいき教室についての確認書

□【様式第５号】個人情報保護への取組み

□【参考資料】経歴書（リハビリテーション専門職）

２．その他必要書類　（任意様式可）

□1)定款又は寄附行為

□2)組織図

□3)緊急時対応マニュアル

□4)人員体制・施設及び設備についての資料

□5)開設予定事業所の平面図（各室面積・事業実施場所を明記すること）

様式第２号

　　年　　月　　日

申　立　書

　（あて先）桑名市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　役職名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　（実印）

　法人名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）は、下記に掲げる事項について満たしていることを申し立てます。

記

１．当法人は、令和６年４月１日現在で通所介護等に係る指定居宅サービス事業者の指定又は認知症対応型通所介護等に係る指定地域密着型サービス事業者の指定を受けています。

２．当法人は、地方自治法施行令(昭和22年政令第16号)第167条の4の規定に該当する者ではありません。

３．当法人は、国税及び市町村民税を滞納していません。

４．当法人は、会社更生法(平成14年法律第154号)に基づき更正手続き開始の申立てがなされている者又は民事再生法(平成11年法律第225号)に基づき再生手続き開始の申立てがなされている者(会社更生法にあっては更正手続開始の決定、民事再生法にあっては再生手続開始の決定を受けている者を除く。)ではありません。

５．当法人は、桑名市の締結する契約等からの暴力団等排除措置要綱(平成21年桑名市告示第206号)に基づく入札からの排除措置を受けていません。

様式第３号

　　年　　月　　日

役員名簿

（令和６年４月１日現在）

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
|  |  |  |  |  |
| 役　職 |  | 年齢 | 他の法人・団体を兼任している場合 |
| 法人・団体名称 | 役職名 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

様式第４号

　　年　　月　　日

くらしいきいき教室についての確認書

　法人名：

　本事業の実施について、具体的には下記の考え方・体制等で実施することを予定しています。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| No | 質　問 | 回　答 |
| 1 | 市の計画に対する理解及び地域包括ケアシステムにおけるくらしいきいき教室の果たす役割について |  |
| 2 | 専門職及び本事業に携わる職員の考え方及びサービス提供 |  |
| 3 | リハビリテーション専門職によるアセスメント及びモニタリングへの関与 |  |
| 4 | ＬＩＦＥの活用について |  |
| 5 | 運動機能・生活機能向上以外の口腔・栄養等への取組みについての工夫 |  |
| 6 | 高齢者の社会参加・地域活動について |  |
| 7 | 通所・訪問サービスの一貫性 |  |
| 8 | 桑名市の「地域包括ケア計画」に盛り込まれた他のサービス（健康・ケア教室、地域生活応援ケア個別回議会議への出席及び健康ケアアドバイザーの派遣等）への取組み及び協力 |  |
| 9 | 定員及び利用人数について |  |
| 10 | 施設の環境と整備 |  |
| 11 | 送迎の範囲※該当する地域に〇を付けてください。　「その他」については、具体的な範囲を記入してください。 | 市内全域・旧桑名市・多度町・長島町・その他（　　　　　　　　　　　） |

様式第５号

　　年　　月　　日

（あて先）桑名市長

個人情報保護への取組み

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 個人情報保護について（適正な管理への取組み・体制など） |
|  |

様式第６号

　　年　　月　　日

質問書

　（あて先）桑名市長

　　　　質問者　法人名

所在地

担当者　氏　　　名

所属

電話番号

FAX番号

　桑名市くらしいきいき教室事業委託に係る公募型プロポーザル実施要領に関し、下記のとおり質問しますので回答願います。

|  |  |
| --- | --- |
| ページ | 質　問　内　容 |
|  |  |

※　ページ欄には、「実施要領　P.～」など、わかりやすく記入すること。

【参考様式】

**経 歴 書（ リハビリテーション専門職 ）**

|  |
| --- |
|  |
| カナ |  | 生年月日 | 　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 氏名 |  |
| 　住所 | (郵便番号　　　　　　　－　　　　　　) |  |  |
| 電 話 番 号 |  |
| 主　　な　　職　　歴　　等 |
| 年　　月　～　　年　　月 | 　　勤　　務　　先　　等　　　　　 | 　　職　務　内　容 |
| 　 |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 職務に関連する資格 |
| 資 格 の 種 類 | 資 格 取 得 年 月 |
|  |  |
| 備　考（研修等の受講の状況等） |

記載にあたっての注意事項

　　１　住所・電話番号は、自宅のものを記入すること。

　　２　基準上、必要となる資格・研修については、特に漏れなく記載すること。

なお、開設までに取得予定・受講予定のものについては、予定と明記したうえで記載すること。

　　３　資格者証・修了証については、それぞれ写しを添付すること。

　　４　記載内容が１枚に収まらない時は、別様式（任意）での提出も可とする。