

地域包括支援センター業務委託（西山手・東山手・精道・潮見・打出浜）
様式一覧

様式	書類名・資料名
様式 1	参加意思表明書
様式 2	辞退届
様式 3	質問回答票
様式 4	誓約書
様式 5	企画提案書
様式 6	見積書

【様式1】

令和 年 月 日

芦屋市長 宛

所在地
名称

代表者

印

参 加 意 思 表 明 書

令和6年7月1日付けで提案依頼のあった「地域包括支援センター業務委託（西山手・東山手・精道・潮見・打出浜）」に係る提案について、下記のとおり意思を表明します。

記

「地域包括支援センター業務委託（西山手・東山手・精道・潮見・打出浜）」に係る公募型提案依頼書」に定める方法に従い、提案書一式を提出します。

- 1 本提案に関し、第三者を介しての営業行為及び庁舎外での折衝等は一切行いません。
また、貴市からの依頼以外による営業行為はしません。
- 2 貴市より提供された情報は、一切他へ漏らしません。
- 3 本件に関する貴市への窓口は次のとおりとします。

担当部署名			
(フリガナ) 担当者氏名			
電話番号		FAX番号	
連絡先 メールアドレス (名刺にメールアドレスの記載がある場合は、名刺の貼付によってメールアドレスの記載に代えることができます。)			
応募地域 (複数記載可)	☐ 西山手 ☐ 東山手 ☐ 精道 ☐ 潮見 ☐ 打出浜		

以 上

※以下は、オンライン手続をすることが困難な状況で押印を省略する場合のみ記載すること。
(連絡先は2か所以上記載すること)

本件責任者（会社名・部署名・氏名）：

担当者（会社名・部署名・氏名）：

連絡先（TEL）1：

連絡先（TEL）2：

【様式2】

令和 年 月 日

芦屋市長 宛

所在地
名称

代表者

印

辞 退 届

令和6年7月1日付けで提案依頼のあった「地域包括支援センター業務委託（西山手・東山手・精道・潮見・打出浜）」に係る提案について、下記の理由により辞退します。なお、交付書類一式は直ちに返却します。

記

- ☐ 業務に配置できる人材が不足しているため
- ☐ 業務多忙による
- ☐ 仕様に対応できないため
- ☐ その他（ ）

担当部署名			
(フリガナ) 担当者氏名			
電話番号		FAX番号	
連絡先 メールアドレス (名刺にメールアドレスの記載がある場合は、名刺の貼付によってメールアドレスの記載に代えることができます。)			
地域 (複数記載可)	☐ 西山手 ☐ 東山手 ☐ 精道 ☐ 潮見 ☐ 打出浜		

以上

※以下は、オンライン手続をすることが困難な状況で押印を省略する場合のみ記載すること。(連絡先は2か所以上記載すること)

本件責任者（会社名・部署名・氏名）：

担当者（会社名・部署名・氏名）：

連絡先（TEL）1：

連絡先（TEL）2：

【様式3】

令和 年 月 日

質問回答票

地域包括支援センター業務委託（西山手・東山手・精道・潮見・打出浜）に関して、次のとおり質問回答票を提出します。

法人名	
所在地	
部署	
質問者氏名	
連絡先	TEL : FAX : Email :

質問事項 (タイトル)	
資料での 対応部分	資料名 : ページ : 該当箇所 :

質問 内容	
----------	--

※複数ページにわたっても可

【様式4】

令和 年 月 日

芦屋市長 宛

所在地

名称

代表者

印

誓約書

地域包括支援センター業務委託（西山手・東山手・精道・潮見・打出浜）に係る公募型提案依頼書における「公募型提案方式参加資格」を全て満たしていること及び提出書類等の記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

また、受託候補者として選定を受けた後、辞退したことにより芦屋市が損害を受けたときは、その損害を賠償します。

地域包括支援センター業務委託

(西山手・東山手・精道・潮見・打出浜)

企画提案書

法人名	応募地域
	☐ 西山手 ☐ 東山手 ☐ 精道 ☐ 潮見 ☐ 打出浜

(※複数地域応募される場合は、本企画提案書を1応募地域ごとに作成してください。)

※「地域包括支援センター 業務委託（西山手・東山手・精道・潮見・打出浜）提案依頼用仕様書」
「別紙 評価基準表」に基づき、企画提案書を作成してください。

【注意事項】

・記載欄が不足する場合は、適宜、行を追加したり、別紙に記載したりしても構いません。ただし、表紙・目次を除いて最大24ページ以内としてください。なお、別紙に記載する場合は、記載欄に「別紙〇に記載」等と記載し、該当する項目がどの資料に記載されているかが分かるようにしてください。

【様式5】

法 人 概 要 書

1. 応募法人の概要

令和 年 月 日作成

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	
沿 革	

2. 芦屋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
			年 月
			年 月

- 備考 1 介護保険法第8条及び第8条の2各号で規定された事業を記載してください。
- 2 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ほか、別紙としてA4縦の用紙を使用してください。

【様式5】

センターの設置場所

1. 事務所の設置方法

☐法人施設内
☐賃借（予定）物件内 ☐→☒で選択すること。以下同様。]

2. 事務室の設置場所

住 所	〒
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	m ² (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。

【様式5】

4. 相談室の設置内容

面 積	m ²
設置状況	☐ 個室（独立利用） ☐ 事務所と共有
	事務室と共有する場合、相談室の仕切り方法を記入すること。

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、相談室を含めて記入すること。
 ・縦記載又は横記載でも可とする。なお、A4サイズ又は折りたたみでA4サイズに収まる場合は別紙添付でも可。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。

6. 設置のスケジュールについて

＊事務所設置に向けたスケジュールについて具体的に記載のこと。

※複数ページにわたっても可

【様式5】

＜総合相談支援業務＞

総合相談支援事業の意義と、実行可能な体制について具体的に記載すること。

【基幹的業務】（※精道のみ）

基幹型相談窓口の開設について、具体的な取組を記載すること。

【様式5】

＜総合事業にかかる介護予防ケアマネジメント業務＞

介護予防の意義、介護予防ケアマネジメントの理解と、取組内容について具体的に記載すること。

【様式5】

＜包括的・継続的ケアマネジメント支援業務＞

ケアマネ支援・地域ネットワークづくりについての必要性和、実行可能な体制について具体的に記載すること。

【様式5】

＜高齢者の権利擁護に関する相談支援＞

虐待防止・権利擁護事業の必要性について、記載すること。

【様式5】

＜介護予防事業＞

介護予防の必要性和、具体的な取組を記載すること。

【様式5】

＜認知症地域支援推進員等配置事業＞

認知症地域支援推進員の配置と、医療と介護の連携強化や地域における支援体制の構築方法を記載すること。

【様式5】

＜高齢者の実態把握＞

提案区域の高齢者の実態、地域活動、地域資源の把握方法について、具体的に記載すること。

【様式5】

＜地域との連携に関する考え方や取組、及び地域包括支援センターの周知について＞

地域の関係機関や関係職種との連携体制、及び、地域住民への周知方法について、具体的に記載すること。

【様式5】

＜各地域の課題に対する取組＞

提案地域の課題を上げ、その課題の改善に向けた取組について、具体的に記載すること。

【基幹的業務】（※精道のみ）

各地域の課題抽出・整理・解決策の検討・協働による実践について、取組を記載すること。

【様式5】

＜職員の資質向上に向けた研修計画＞

法人として職員の専門知識・技術の向上に向けた人材育成計画（研修等）について、記載すること。

【基幹的業務】（※精道のみ）

介護支援専門員に対する専門研修について、具体的な取組について記載すること。

【様式5】

職員配置計画書

法人名	
管理者予定者 氏名（職名）	()
配置予定人数 ※管理者予定者を除く	人

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 1	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。	
	職歴	期間	職務内容
		年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月			
配置 予定者 2	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。	
	職歴	期間	職務内容
		年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月			

【様式5】

(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 1	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。	
	職歴	期間	職務内容
		年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月			
配置 予定者 2	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。	
	職歴	期間	職務内容
		年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月			

【様式5】

(3) 主任介護支援専門員等

配置方法		☐ 法人内の人事異動 ☐ 雇用内諾有 ☐ 募集予定 [□→■で選択すること]	
配置 予定者 1	氏名		
	職種	☐ 主任介護支援専門員 ☐ 同職に準ずる者 [□→■で選択すること] 【資格取得日： 年 月】	
		主任介護支援専門員に準ずる者の場合はその該当要件を記載してください。	
	職歴	期間	職務内容
		年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月			
配置 予定者 2	氏名		
	職種	☐ 主任介護支援専門員 ☐ 同職に準ずる者 [□→■で選択すること] 【資格取得日： 年 月】	
		主任介護支援専門員に準ずる者の場合はその該当要件を記載してください。	
	職歴	期間	職務内容
		年 月～ 年 月	
年 月～ 年 月			

【様式5】

(4) その他職員

配置予定		☐ 配置予定あり ☐ 配置予定なし [☐ → ☒ で選択すること]
配置 予定 者 1	氏名	
	職種	☐ 事務職員 ☐ 介護支援専門員
	資格	
配置 予定 者 2	氏名	
	職種	☐ 事務職員 ☐ 介護支援専門員
	資格	
配置 予定 者 3	氏名	
	職種	☐ 事務職員 ☐ 介護支援専門員
	資格	

(留意事項)

「配置予定者」は、配置予定が未定の場合は記入不要です。

「職歴」は、現職を含めて過去2箇所分の職務履歴を記入してください。

※複数ページにわたっても可

【様式5】

(4) その他職員

配置予定		☐ 配置予定あり ☐ 配置予定なし [☐ → ☒ で選択すること]
配置 予定 者 1	氏名	
	職種	☐ 事務職員 ☐ 介護支援専門員
	資格	
配置 予定 者 2	氏名	
	職種	☐ 事務職員 ☐ 介護支援専門員
	資格	
配置 予定 者 3	氏名	
	職種	☐ 事務職員 ☐ 介護支援専門員
	資格	

(留意事項)

「配置予定者」は、配置予定が未定の場合は記入不要です。

「職歴」は、現職を含めて過去2箇所分の職務履歴を記入してください。

※複数ページにわたっても可

【様式5】

(4) その他職員

配置予定		☐ 配置予定あり ☐ 配置予定なし [☐ → ☒ で選択すること]
配置 予定 者 1	氏名	
	職種	☐ 事務職員 ☐ 介護支援専門員
	資格	
配置 予定 者 2	氏名	
	職種	☐ 事務職員 ☐ 介護支援専門員
	資格	
配置 予定 者 3	氏名	
	職種	☐ 事務職員 ☐ 介護支援専門員
	資格	

(留意事項)

「配置予定者」は、配置予定が未定の場合は記入不要です。

「職歴」は、現職を含めて過去2箇所分の職務履歴を記入してください。

※複数ページにわたっても可

【様式5】

(4) その他職員

配置予定		☐ 配置予定あり ☐ 配置予定なし [☐ → ☒ で選択すること]
配置 予定 者 1	氏名	
	職種	☐ 事務職員 ☐ 介護支援専門員
	資格	
配置 予定 者 2	氏名	
	職種	☐ 事務職員 ☐ 介護支援専門員
	資格	
配置 予定 者 3	氏名	
	職種	☐ 事務職員 ☐ 介護支援専門員
	資格	

(留意事項)

「配置予定者」は、配置予定が未定の場合は記入不要です。

「職歴」は、現職を含めて過去2箇所分の職務履歴を記入してください。

※複数ページにわたっても可

【様式 6】

委託料見積書

令和 年 月 日

芦屋市長 様

所在地
名 称
代表者名

件 名 地域包括支援センター業務委託（〇〇地域包括支援センター）

「地域包括支援センター業務委託（西山手・東山手・精道・潮見・打出浜）に係る公募型提案依頼書」、「地域包括支援センター業務委託（西山手・東山手・精道・潮見・打出浜）提案依頼用仕様書」、関係法令その他条件を承知の上、下記期間の〇〇地域包括支援センターの委託料として見積りします。

	全体	【内訳 1】 包括的支援事業費	【内訳 2】 介護予防事業費	【内訳 3】 認知症地域支援推進員 等配置事業費
令和 6 年度 (10月1日～3月31日)	0			
令和 7 年度	0			
令和 8 年度	0			
令和 9 年度	0			
令和 1 0 年度	0			
令和 1 1 年度	0			
計	0	0	0	0

(単位：円)

※見積明細は別紙のとおり