

北第 1 地域包括支援センター応募書類

○応募様式

- 様式第 1 号 北第 1 地域包括支援センター応募書
- 様式第 2 号 法人の概要
- 様式第 3 号 介護保険サービスの実績
- 様式第 4 号 運営方針・事業計画
- 様式第 5 号 実施体制
- 様式第 6 号 職員の経歴書
1. 保健師等
 2. 社会福祉士等
 3. 主任介護支援専門員
 4. その他

※ 記載にあたっては、必要に応じて様式の幅・高さの変更、行の追加をしてください。
ページ数が増加しても構いません。

○その他必要書類

- 資料 1 定款
- 資料 2 役員名簿
- 資料 3 法人税、消費税及び地方消費税の納税証明書（その 3 の 3）
同意書（堺市税の納税状況調査に関する同意書）
- 資料 4 法人の財務状況に関する書類（損益計算書、貸借対照表、会計監査人又は監査役会
により監査を受けた場合その監査報告書）直近の 3 ヶ年分
- 資料 5 北第 1 地域包括支援センター運営事業の予算書
（平成 27 年 9 月 1 日～平成 28 年 3 月 31 日）
- 資料 6 法人の概要がわかるパンフレット等

○応募書類の提出について

- 正本 1 部 様式第 1～6 号及び資料 1～6 の原本を提出してください。
- 副本 10 部 様式第 2～6 号（複写可）を提出してください。

副本は、応募者が判別できるような記載、表現、資料の添付等は一切しないでください。
応募者が判別できる場合には、該当部分を堺市で黒塗りにしますので、十分確認したうえで
提出してください。

（例）様式第 2 号「法人の沿革」において

正本「特別養護老人ホーム〇〇を開設」→ 副本「特別養護老人ホームを開設」

※ 様式第 6 号等においても、副本には施設名や事業所名は記載せず、施設やサービス
種類の名称を記載してください。

様式第 1 号

北第 1 地域包括支援センター応募書

平成 年 月 日

堺市長 殿

(申請者)

所在地

法人名

代表者職氏名

印

北第 1 地域包括支援センターの設置運営を行う事業者として応募します。

| | |
|----------|--------|
| 担当者及び連絡先 | 担当部署 |
| | 担当者名 |
| | 電話番号 |
| | FAX 番号 |
| | e-mail |

法人の概要

平成27年 月 日現在

| | | | |
|--------------------------------|-----------|-------------------|-------------|
| フリガナ 法人名 | | 代表者名 | |
| 主たる事務所の所在地 | | | |
| 設立年月日 | 年 月 日 | 職員数 平成27年 月 現在 | 人 |
| 法人内の職員の状況 | 保健師・看護師 人 | 社会福祉士 人 | 主任介護支援専門員 人 |
| 法人の沿革 | | | |
| 実施事業 (介護保険サービス以外で高齢者に関する事業) | | | |
| 実施事業 (高齢者以外に関する事業) | | | |
| 関連法人 | | | |

介護保険サービスの実績

(平成27年4月末現在)

| サービス種別 | 箇所数 | うち、 堺市内 | 指定年月 | 利用定員 又は職員数 | | 利用者数 |
|-----------|------------------|------------|------|---------------|---|------|
| | | | | | | |
| 在宅サービス | 居宅介護支援 | | 年 月 | 職員数 | 人 | 人 |
| | 訪問介護 | | 年 月 | 職員数 | 人 | 人 |
| | 訪問入浴 | | 年 月 | 職員数 | 人 | 人 |
| | 訪問看護 | | 年 月 | 職員数 | 人 | 人 |
| | 訪問リハビリテーション | | 年 月 | 職員数 | 人 | 人 |
| | 居宅療養管理指導 | | 年 月 | 職員数 | 人 | 人 |
| | 通所介護 | | 年 月 | 定員 | 人 | 人 |
| | 通所リハビリテーション | | 年 月 | 定員 | 人 | 人 |
| | 短期入所生活介護 | | 年 月 | 定員 | 人 | 人 |
| | 短期入所療養介護 | | 年 月 | 定員 | 人 | 人 |
| | 特定施設入所者生活介護 | | 年 月 | 定員 | 人 | 人 |
| 地域密着型サービス | 小規模多機能型居宅介護 | | 年 月 | 定員 | 人 | 人 |
| | 看護小規模多機能型居宅介護 | | 年 月 | 定員 | 人 | 人 |
| | 認知症対応型共同生活介護 | | 年 月 | 定員 | 人 | 人 |
| | 認知症対応型通所介護 | | 年 月 | 定員 | 人 | 人 |
| | 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 | | 年 月 | 定員 | 人 | 人 |
| | 夜間対応型訪問介護 | | 年 月 | 定員 | 人 | 人 |
| | 地域密着型特定施設入居者生活介護 | | 年 月 | 定員 | 人 | 人 |
| | 地域密着型介護老人福祉施設 | | 年 月 | 定員 | 人 | 人 |
| 施設 | 介護老人福祉施設 | | 年 月 | 定員 | 人 | 人 |
| | 介護老人保健施設 | | 年 月 | 定員 | 人 | 人 |
| | 介護療養型医療施設 | | 年 月 | 定員 | 人 | 人 |

※1 職員数は専門職の実数（事務職は除く）を記載してください。

訪問介護の職員数は、登録ヘルパーを除いた専門職の実数を記載してください。

※2 利用者数は平成27年4月1日～30日の平均を記載してください。居宅介護支援については、平成27年4月中の利用者数を記載してください。

※3 箇所数が複数の場合は、開始年月日は最も早い事業所のものを、利用定員又は職員数及び利用者数は合算を記載してください。

運営方針・事業計画

1. 運営方針

2. 北第1圏域に対する認識・見解

3. 各業務の方針・計画

(1) 総合相談・支援及び権利擁護業務

(2) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

(3) 指定介護予防支援業務

4. 地域との連携

(1) これまでの取り組み

(2) 運営後の予定

5. 職員の確保・定着・質の向上

(1) これまでの取り組み

(2) 運営後の予定

実施体制

| | | |
|-------|--|--|
| 設置場所 | 所在地 | 堺市北区 |
| | 最寄駅・バス停 | (駅・バス停から設置場所の距離： m) |
| | 形態 | 法人所有 ・ 賃貸物件 ・ その他 () |
| | 併設施設 | |
| | 階数 | ○階建ての○階 (2階以上の場合、エレベーター： 有 ・ 無) |
| | 平面図 | <u>事務所の平面図を別途添付してください。</u> |
| | 位置図 | <u>事務所の位置図を別途添付してください。</u> |
| 職員体制 | 【必須配置の職員】 | |
| | ①保健師等 | 現法人職員 ・ 採用予定 (採用方法：) |
| | ②社会福祉士等 | 現法人職員 ・ 採用予定 (採用方法：) |
| | ③主任介護支援専門員 | 現法人職員 ・ 採用予定 (採用方法：) |
| | 【任意配置の職員】 三職種を複数配置する場合や介護支援専門員や事務等を配置する場合。 番号の横に職種を記載。 | |
| | ④ | 現法人職員 ・ 採用予定 (採用方法：) |
| | ⑤ | 現法人職員 ・ 採用予定 (採用方法：) |
| | ⑥ | 現法人職員 ・ 採用予定 (採用方法：) |
| 時間外対応 | 夜間・休日等の時間外対応の体制 | |

| 3. 主任介護支援専門員 | | | |
|-----------------|---------|-------------|-------|
| フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 氏名 | | | |
| 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） | | | |

※ 資格証の写しを添付すること。

