

(案)

地域包括支援センター応募書類

○応募様式

- 様式第 1 号 地域包括支援センター応募書兼誓約書
- 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 職員の配置計画書
 - 1. 保健師等
 - 2. 社会福祉士等
 - 3. 主任介護支援専門員等
 - 4. その他

- 様式第 7 号 地域相談窓口の実施体制

- 様式第 8 号 地域相談窓口の運営方針

※ 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（財務諸表）直近の 3 カ年分
- 資料 5 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 ~ 8 号及び資料 1 ~ 5 の原本を提出してください。

副本 10 部 様式第 2 ~ 8 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、匿名性を確保するため、該当箇所にマスキング（匿名化）処理を行ってください。

（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マスキング（匿名化）処理を行ってください。

地域包括支援センター応募書兼誓約書

令和 年 月 日

堺市長 殿

(申請者)

所 在 地

法 人 名

代表者職氏名

印

令和8年●月●日付けで募集のあった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。「地域包括支援センター運営法人募集要項」の応募資格の要件をすべて満たしていること及び応募書類の内容について事実と相違なく虚偽や不正がないことを誓約します。

| 応募する圏域 | |
|--------|--------|
| | 担当部署 |
| | 担当者名 |
| | 電話番号 |
| | FAX 番号 |
| | e-mail |

法人の概要

令和 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 令和8年7月1日現在 | | 人 | |
| 離職率 | % ※算出方法は欄外に記載 | | | | |
| 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 |
| 法人の沿革 | | | | | |
| 法人の理念 | | | | | |
| 市内・市外間 わざ、地域包 括支援センタ ーの運営実績 (ある場合) | | | | | |
| 実施事業 (高齢者に關 する相談・支 援に関する事 業の実績) | | | | | |

※離職率の算出方法

貴法人の介護保険の指定介護サービス事業に従事する従業員（訪問介護員と介護職員）について、
次の方法で算出してください。離職者数/在籍者数×100

離職者数（令和7年4月1日～令和8年3月31日）・在籍者数（令和8年4月1日時点）

介護保険サービスの実績

(令和8年3月末現在)

介護保険法第8条及び第8条の2各項に規定する事業実績

※福祉用具販売、福祉用具貸与事業所を除く

地域包括支援センターから介護予防サービス計画に係る業務を受託した実績の有無

(あり 　・ なし) ← いずれかに○を付けてください

※ 枠が足りない場合は、適宜追加してください。

運営方針・事業計画

※必要に応じて幅・高さの変更、行の追加をしてください

1. 運営方針

- ①介護保険法、堺市超高齢社会に対応するための地域包括ケアシステムの推進に関する条例及びよりそい安心ほっとプランの趣旨を踏まえた地域包括支援センターの役割及びセンターの運営方針
- ②地域包括支援センターが遵守すべき中立性・公平性の必要性及びその確保に向けた取組
- ③苦情・要望解決のための、マニュアルの整備等の具体的な対応及び体制
- ④個人情報保護のための、マニュアルの整備等の具体的な対応及び体制

2. 受託希望圏域に対する理解

- ①希望圏域に応募する理由
- ②希望圏域の地域特性及び把握している地域資源の状況

3. 各業務の方針・計画

(1) 指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメント業務

①現状と課題認識

②自立支援と重度化防止の視点からの具体的な目標と取組

(2) 総合相談・支援業務

①現状と課題認識

②関係機関とのネットワーク構築の実績と、今後ネットワークを強化するための具体的な目標と取組

③高齢者の見守り体制の構築など認知症地域支援体制の推進に向けた目標と取組

(3) 権利擁護業務

①現状と課題認識

②権利擁護業務における具体的な目標と取組（高齢者虐待対応、成年後見制度の利用促進、消費者被害防止について）

(4) 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

①現状と課題認識

②介護支援専門員の支援に向けた目標と取組

③包括的・継続的ケアマネジメントの体制づくりに向けた目標と取組

④地域ケア会議の目的及び目的の達成に向けた目標と取組

(5) 在宅医療・介護連携推進

①現状と課題認識

②圏域内での在宅医療・介護連携推進に向けた目標と取組

4. 地域との連携

①地域包括支援センターが果たす役割についての認識

②地域（住民、自治会、校区福祉委員会、民生委員児童委員、老人クラブ等）との連携に対する考え方、連携方法、地域における活動実績

5. 職員の確保・定着・質の向上

①安定的な職員確保に向けた具体的な見通し

②職員の定着に向けた対策

③欠員が生じた場合の体制確保の方法

④職員の資質向上に向けた取組

実施体制

| | | |
|-----------|------------------------|--|
| 設置場所 | 所在地 | 堺市 |
| | 最寄駅・バス停 | 駅名称： 距離： バス停名称： 距離： |
| | 利用者の利便性 | ※立地条件や交通条件を含め具体的に記載してください。 (例) 商業施設に近接している、集合住宅に近接しているなど) |
| | 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 | 事務所の平面図を別途添付し相談スペースを明示してください |
| | 位置図 | 事務所の位置図を別途添付 |
| 職員体制 | 案内板等 | 案内板等の設置 (予) イメージ図を別途添付 |
| | 【必須配置の職員】 | |
| | 保健師等 | ①現法人職員 ・ 採用予定 (採用方法：) |
| | 社会福祉士等 | ①現法人職員 ・ 採用予定 (採用方法：) |
| | 主任介護支援専門員 | ①現法人職員 ・ 採用予定 (採用方法：) |
| 【任意配置の職員】 | | 配置定数を超えて職員を配置する場合。 ※番号の横に職種を記載。行は適宜追加してください |
| 職種： | ①現法人職員 ・ 採用予定 (採用方法：) | |
| | ①現法人職員 ・ 採用予定 (採用方法：) | |
| 時間外等の対応 | | ① 窓口開設時間 (月～金、9：00～17：30以外の開設時間) 例) 土曜日、9:00～17:30 ② 日中の職員不在時及び夜間・休日の時間外対応の連絡体制 ③ 時間外対応についての周知方法 (予定含む) |

職員の配置計画書

| | | | |
|---|--------|---------------------------------------|---------|
| 1. 保健師等 | | 2人目以降は 保健師①、保健師②…と変更して記入して ください | |
| 保健師① (常勤 <input type="checkbox"/> 非常勤 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/>) | | | |
| A 地域包括支援センター業務に従事した経歴 | | | |
| 勤務先等 | 職務内容 | 勤務期間 | 勤続年数 |
| | | 年 月～ 年 月 | |
| | | 年 月～ 年 月 | |
| | | 年 月～ 年 月 | |
| | | 年 月～ 年 月 | |
| - | - | - | 合計 年 か月 |
| B その他、高齢者の在宅生活支援に関わる相談業務に従事した経歴 | | | |
| 勤務先等 | 職務内容 | 勤務期間 | 勤続年数 |
| | | 年 月～ 年 月 | |
| | | 年 月～ 年 月 | |
| | | 年 月～ 年 月 | |
| | | 年 月～ 年 月 | |
| - | - | - | 合計 年 か月 |
| 職務に関連する資格 | | | |
| 資格の種類 | 資格取得年月 | | |
| | | | |
| 備考 | | | |

※ 配置予定の職員数分、本様式をコピーして作成すること。

※ 非常勤の専門職2名を常勤専門職1名の配置に代える場合はそれぞれの人工を記入すること。

2. 社会福祉士等

社会福祉士① (常勤 非常勤 人工)

A 地域包括支援センター業務に従事した経歴

| 勤務先等 | 職務内容 | 勤務期間 | 勤続年数 |
|------|------|----------|---------|
| | | 年 月～ 年 月 | |
| | | 年 月～ 年 月 | |
| | | 年 月～ 年 月 | |
| | | 年 月～ 年 月 | |
| - | - | - | 合計 年 か月 |

B その他、高齢者の在宅生活支援に関わる相談業務に従事した経歴

| 勤務先等 | 職務内容 | 勤務期間 | 勤続年数 |
|------|------|----------|---------|
| | | 年 月～ 年 月 | |
| | | 年 月～ 年 月 | |
| | | 年 月～ 年 月 | |
| | | 年 月～ 年 月 | |
| - | - | - | 合計 年 か月 |

職務に関連する資格

| 資格の種類 | 資格取得年月 |
|-------|--------|
| | |

備 考

※ 配置予定の職員数分、本様式をコピーして作成すること。

※ 非常勤の専門職 2名を常勤専門職 1名の配置に代える場合はそれぞれの人工を記入すること。

3. 主任介護支援専門員等

主任介護支援専門員等① (常勤 非常勤 人工)

A 地域包括支援センター業務に従事した経歴

| 勤務先等 | 職務内容 | 勤務期間 | 勤続年数 |
|------|------|----------|---------|
| | | 年 月～ 年 月 | |
| | | 年 月～ 年 月 | |
| | | 年 月～ 年 月 | |
| | | 年 月～ 年 月 | |
| - | - | - | 合計 年 か月 |

B その他、高齢者の在宅生活支援に関わる相談業務に従事した経歴

| 勤務先等 | 職務内容 | 勤務期間 | 勤続年数 |
|------|------|----------|---------|
| | | 年 月～ 年 月 | |
| | | 年 月～ 年 月 | |
| | | 年 月～ 年 月 | |
| | | 年 月～ 年 月 | |
| - | - | - | 合計 年 か月 |

職務に関連する資格

| 資格の種類 | 資格取得年月 |
|-------|--------|
| | |

備 考

※ 配置予定の職員数分、本様式をコピーして作成すること。

※ 非常勤の専門職 2名を常勤専門職 1名の配置に代える場合はそれぞれの人工を記入すること。

4. その他

その他① (職種 :) (常勤 • 非常勤 ___ 人工)

A 地域包括支援センター業務に従事した経歴

| 勤務先等 | 職務内容 | 勤務期間 | 勤続年数 |
|------|------|----------|---------|
| | | 年 月～ 年 月 | |
| | | 年 月～ 年 月 | |
| | | 年 月～ 年 月 | |
| | | 年 月～ 年 月 | |
| - | - | - | 合計 年 か月 |

B その他、高齢者の在宅生活支援に関わる相談業務に従事した経歴

| 勤務先等 | 職務内容 | 勤務期間 | 勤続年数 |
|------|------|----------|---------|
| | | 年 月～ 年 月 | |
| | | 年 月～ 年 月 | |
| | | 年 月～ 年 月 | |
| | | 年 月～ 年 月 | |
| - | - | - | 合計 年 か月 |

職務に関連する資格

| 資格の種類 | 資格取得年月 |
|-------|--------|
| | |

備 考

※ 配置予定の職員数分、本様式をコピーして作成すること。

※ 非常勤の専門職 2 名を常勤専門職 1 名の配置に代える場合はそれぞれの人工を記入すること。

地域相談窓口の実施体制

| | | |
|---------|--|--|
| 設置場所 | 所在地 | 堺市 |
| | 最寄駅・バス停 | 駅名称： 距離： バス停名称： 距離： |
| | 利用者の利便性 | ※立地条件や交通条件を含め具体的に記載してください。 (例) 商業施設に近接している、集合住宅に近接しているなど) |
| | 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、相談スペースを明示してください。</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 | 案内板等 | 案内板等の設置(予定)場所がわかる図と、現状の写真、設置予定の場合はイメージ図を別途添付してください。 |
| | 【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】 配置定数を超えて職員を配置する場合。 ※番号の横に職種を記載。行は適宜追加してください | |
| | 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：) |
| 時間外等の対応 | ①窓口開設時間 ②日中の職員不在時及び夜間・休日の時間外対応の連絡体制 ③時間外対応についての周知又は周知予定がある場合 | |

地域相談窓口の運営方針

地域相談窓口の運営方針

本センターとの連携を踏まえた具体的な事業の運営方針

地域相談窓口の認知度向上に向けた取組