

(様式 1)

令和 年 月 日

港区長様

申請者 主たる事務所の所在地
(代表)法人名
代表者氏名

実印

代理人 住 所
氏 名
電 話

印

應募申込書

港区が実施する下記の事業に係る事業者公募に応募します。

記

- | | | |
|---|------|---------------------------------|
| 1 | 事業名称 | カナルサイド高浜内小規模多機能型居宅介護施設運営事業候補者公募 |
| 2 | 履行場所 | 東京都港区芝浦四丁目3番28号 |

(様式 1 - 2)

連絡先

(ふりがな)		
法人名		
連絡先	(ふりがな)	
	担当者	
	住所	
	電話	
	FAX	
	E メール	

※ 担当者名は、事務的な連絡に対応できる方を記入してください。

(様式2)

令和 年 月 日

港 区 長 様

委 任 状

代理人 住 所

氏 名

代理人 使用印

私は、上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

次の公募における応募申込み及び提案に関する一切の件。

公 募 名 カナルサイド高浜内小規模多機能型居宅介護施設運営事業候補者公募

物件所在地 東京都港区芝浦四丁目3番28号

委 任 者 主たる事務所の所在地

(代表) 法人名

(代表者名)

実 印

(電話番号)

— —

- (注) 1. 委任者の印鑑は、印鑑証明書の印を押印してください。
2. 代理人が使用する印を右上の欄内に押印してください。

(様式3)

令和 年 月 日

港 区 長 殿

申請者：主たる事務所の所在地

法人等の名称

代表者の氏名

実印

宣 誓 書

港区が実施する「カナルサイド高浜内小規模多機能型居宅介護施設運営事業候補者公募」への応募申込みに当たり、下記の事項について虚偽の申請でないことを確約いたします。

記

- 1 公募要項記載の応募資格を有していること。
- 2 本公募において港区が求める地域貢献の趣旨を尊重し、継続して協力すること。
- 3 本公募に関連して港区と締結する基本協定及び定期建物賃貸借契約を遵守すること。

(様式4)

令和 年 月 日

法人等の名称：_____

施設及び宿泊室の名称について

運営事業者になった場合には、提案した施設及び宿泊室名称を使用します。

施設名称	設定理由又は由来

宿泊室	名称	設定理由又は由来
宿泊室 1		
宿泊室 2		
宿泊室 3		
宿泊室 4		
宿泊室 5		
宿泊室 6		
宿泊室 7		
宿泊室 8		
宿泊室 9		

(様式5)

令和 年 月 日

法人(団体)等の概要 (年 月 日現在)

団体の名称			
所在地			
代表者			
設立年月日	年 月 日	資本金等	
事業経歴			
業務内容			
法人運営に関する基本的な考え方・理念			
役員・評議員の構成 (別紙添付可)			
ISO等の 取得状況	9000s(品質マネジメント)取得状況	有・無	年 月 取得
	14000s(環境マネジメント)取得状況	有・無	年 月 取得
	プライバシーマーク取得状況	有・無	年 月 取得
	都道府県労働局長の次世代育成 支援認定(マーク取得)	有・無	年 月 取得
	その他()	有・無	年 月 取得
職員数 (内訳)	名 正規職員 名 (平均勤続年数 年) 非正規職員 名 (うち契約職員 名 人材派遣 名 その他 名)	高齢者の 雇用状況	65歳以上の職員数 名
		外国人の 雇用状況	外国籍の職員数 名
		障害者 雇用率 ※該当項目に0	名雇用 % (雇用すべき人数 名) ※法定雇用率[達成・未達成・非該当] ※雇入れ計画[提出済・未提出・非該当] ※過去3年間の障害者雇用納付金の滞納 [ある・ない・非該当]
		公正採用選 考人権啓発 推進員	設置している (年 月 日届出) 設置していない
1年間の育児 休業取得者数	名 (うち正規職員 名、 非正規職員 名)		

※ 役員・評議員の構成は別紙を添付してください。

※ ISO等取得している場合はそれを証する書類の写しを1部提出してください。

(様式6)

令和 年 月 日

法人等の名称：_____

担 保 提 供 資 産 に つ い て

質 問 事 項	回 答 欄
1 貴法人の資産に、借入金 (グループ法人・第三者を 含む)の担保として提供し ている資産がありますか	は い ・ いいえ
	※ 「はい」の場合、提供資産、提供先、借入金の残高 等を記入してください。
	①
	②
	③
	④
	⑤

※記入欄が足りない場合は、必要に応じて追加印刷の上、提出してください。

法人等の名称：_____

債 務 の 保 証 に つ い て

質 問 事 項	回 答 欄
1 貴法人の借入金について、理事長、役員、グループ法人、第三者が債務保証をしていますか	は い ・ いいえ
	※「はい」の場合、借入金内容、保証金額、保証人名を記入してください。
	①<<内容>> <<保証金額>> <<保証人名>> 円
	②<<内容>> <<保証金額>> <<保証人名>> 円
	③<<内容>> <<保証金額>> <<保証人名>> 円
2 貴法人以外の債務に対して保証していますか	は い ・ いいえ
	※「はい」の場合、保証先、保証金額、保証人名を記入してください。
	①<<保証先>> <<保証金額>> <<保証人名>> 円
	②<<保証先>> <<保証金額>> <<保証人名>> 円

※記入欄が足りない場合は、必要に応じて追加印刷の上、提出してください。

(様式8)

令和 年 月 日

法人等の名称：

類似施設管理実績

施設名			
施設種別			
《形態》該当する者に○ 直営・委託・指定管理 (直営以外の場合) 委託元	《年間経費・請負金額》 円	《開設年月日・契約期間・ 指定期間》	
《運営・管理内容(施設概要、定員、業務内容、委託の場合は契約件名等)》			
《現在、直営の施設計画がある場合の施設建設の状況》 施設の構造・規模、整備経費(内訳含む)、スケジュール等			
施設長の運営姿勢、 組織運営の方針			
地域社会への取組			
特色あるサービス			
その他			

(/)

※運営する類似施設(小規模多機能型居宅介護施設、看護小規模多機能型居宅介護施設)の実績が複数ある場合は、すべての施設について作成し、提出してください。

(様式9)

法人等の名称：

資金・収支計画書 小規模多機能型居宅介護施設 令和8年1月～令和17年3月（9年3か月間）

[illegible][illegible]

※ 項目については名称変更・追加・削除等、自由に記入してください。
 ※ 科目ごとに算出根拠を添付してください。
 ※ 記入欄が足りない場合は、必要に応じて追加印刷の上、提出してください。

【本事業に対する基本的な運営方針】

BIZ UD 明朝 11 ポイント以上・A4 片面 1 枚

ア 応募の理由や都心部における高齢者施設の運営に関し、運営理念や長期間にわたり安定的な運営を継続していくための考え方を示してください。

イ 芝浦港南地区の特性（タワーマンションが多い、台場地区への対応等）を考慮したうえで、利用登録者をどのように確保していくか、考え方を示してください。

【人員体制及び人材の確保・育成】

BIZ UD 明朝 11 ポイント以上・A4 片面 1 枚以内

- ア 必要な人材をどのように確保するか、外国籍の職員の雇用を含め示してください。
- イ 本施設を運営するに当たり、人材の育成に関する取組、継続的な勤務を可能にするための取組について示してください。

職員配置表

法人等の名称：

区 分		正規（正社員）		非正規								委託	
		契約社員		パート、アルバイト等		派遣						シルバー 人材	その他
		常勤	非常勤 ＊	常勤	非常勤 ＊	常勤	非常勤 ＊	常勤	非常勤 ＊	常勤	非常勤 ＊		
職 種 等	管理者												
	小規模多機能型居宅介護従業者												
	日中 通い												
	日中 訪問												
	夜間 夜勤												
	夜間 宿直												
	看護職員												
	介護支援専門員												
	シルバー（派遣）												
	シルバー（委託）												
	〇〇〇〇												
計		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

＊複数の施設に配置されている等、事業者での雇用形態が常勤の職員（内数）

※雇用区分確認表を参照のうえ作成すること

責任者（予定管理者）の経歴

区 分					
氏 名					
職種・資格等					
		施設名	施設の種類	職 種 役職等	特記すべきこと
1	年 月 から				
	年 月 まで				
2	年 月 から				
	年 月 まで				
3	年 月 から				
	年 月 まで				
4	年 月 から				
	年 月 まで				
5	年 月 から				
	年 月 まで				
6	年 月 から				
	年 月 まで				
7	年 月 から				
	年 月 まで				
8	年 月 から				
	年 月 まで				
9	年 月 から				
	年 月 まで				
10	年 月 から				
	年 月 まで				
11	年 月 から				
	年 月 まで				

※記入欄が足りない場合は、必要に応じて追加印刷の上、提出してください。

【安全対策・危機管理体制について（事件・事故等）】

BIZ UD 明朝 11 ポイント以上・A4 片面 1 枚以内

ア 事故防止、防犯に対する考え方と具体的な取組及び事件・事故等発生時の連絡体制・初動対応について

イ これまでに実際にあった事故、ヒヤリハットの事例とその対応

ウ 個人情報保護に関する具体的な取組やルール、事故事例と再発防止策

【安全対策・危機管理体制について（災害等）】

BIZ UD 明朝 11 ポイント以上・A4 片面 1 枚

ア 災害や緊急時等に対する BCP の具体的な取組、バックアップ体制について

イ 災害や緊急時等における利用者の健康・衛生管理の考え方と具体的な取組、施設内の他
事業者との協力体制

ウ 感染症対策の考え方と具体的な取組

【権利擁護等の取組、苦情対応、施設運営への意見の反映】

BIZ UD 明朝 11 ポイント以上・A4 片面 1 枚

ア 利用者の尊厳を守る理念と権利擁護の取組、虐待防止に対する具体的な方策を示してください。

イ 利用者・利用者家族、近隣住民からの苦情への対応方法について示してください。また、寄せられる意見や、運営推進会議での評価等を事業運営にどのように反映させるか具体的に示してください。

【地域等との交流、利用者の家族との信頼関係の構築】

BIZ UD 明朝 11 ポイント以上・A4 片面 1 枚

ア 運営推進会議を含めた地域との交流について考え方を示してください。

イ 利用者の急な体調の変化等を想定した地域の医療機関との連携や協力体制について考え方や取組を示してください。

ウ 利用者の家族との信頼関係構築のための具体的な方策を示してください。

【認知症等への対応】

BIZ UD 明朝 11 ポイント以上・A4 片面 1 枚以内

ア 認知症症状を有する利用者（日常生活に支障をきたし、介護を必要とする状況と判断される日常生活自立度Ⅲ以上の高齢者）に対するケア、取組（職員体制を含む）について、入浴支援などの具体的なサービス内容を交えて考えを示してください。

イ 要介護認定 3 以上の利用者（車いす利用を含む）に対するケア、取組（職員体制を含む）について、入浴支援などの具体的なサービス内容を交えて考えを示してください。

【利用者の満足度向上の考え方、利用料金の設定】

BIZ UD 明朝 11 ポイント以上・A4 片面 1 枚

ア 利用者が家庭的な雰囲気の中で安心して過ごすことができる工夫（インテリア、装飾等を含む）について、考え方を示してください。

イ 食事提供やレクリエーションなど利用者の満足度向上につながる具体的な取組について示してください。

ウ 宿泊費、食事代（おやつ代の考え方を含む）、その他の利用料金の設定について示してください。

【区内中小企業等の活用、障害者の雇用促進】

BIZ UD 明朝 11 ポイント以上・A4 片面 1 枚以内

ア 「区内中小企業の活用、シルバー人材センター活用等の高齢者の雇用促進に向けた取組」について、考えを述べてください。

イ 障害者の雇用促進に向けた取組について、考えを述べてください。障害者の法定雇用率未達成の場合、採用予定を含む達成に向けた取組について示してください。

公募要項説明会及び現地見学会参加申込書

令和 年 月 日

(申込者)

所在地	
法人等の名称	
ふりがな 担当者氏名	
所属・職名	
電話番号	
FAX	
E-mail	

「カナルサイド高浜内小規模多機能型居宅介護施設運営事業候補者公募」公募説明会及び現地見学会への参加を下記のとおり申し込みます。

開催日時	●公募説明会 令和7年4月23日(水) 午前10時～10時45分 ●現地見学会 令和7年4月23日(水) 午前11時30分～正午
場所(会場)	●公募説明会：港区役所本庁舎 2階 保健福祉支援部会議室 (港区芝公園一丁目5番25号) ●現地見学会：港区芝浦四丁目3番28号
参加団体名	
参加者氏名 ※2名以内	

※ 本申込書は、令和7年4月21日(月)正午まで(月曜日から金曜日の午前9時から午後5時まで。ただし、正午から午後1時までは除く。)にメールにて送信してください。メールのタイトルは『福祉施設整備担当宛「公募説明会及び見学会参加申込書」』としてください。その際、送信確認のため送信後に電話にて連絡をお願いします。

連絡先 港区保健福祉支援部保健福祉課福祉施設整備担当
 電話 03(3578)2828(直通)

※ 当日は、公募要項等の資料配布は行いません。港区のホームページから印刷の上、ご持参ください。

※ 建設工事中のため、敷地内及び建物内部に入って見学することはできません。

E-mail:minato02@city.minato.tokyo.jp

【様式20】

港区保健福祉課福祉施設整備担当 行

令和 年 月 日

法人等の名称： _____

質 疑 書

1	質疑事項		
	公募要項 様式集	() ページ () 行目 様式第 ()	
内容			
2	質疑事項		
	公募要項 様式集	() ページ () 行目 様式第 ()	
内容			
3	質疑事項		
	公募要項 様式集	() ページ () 行目 様式第 ()	
内容			

所 属 _____
フリ ガナ
氏 名 _____
E-mail _____

電 話 _____
FAX _____

- ※ メールのタイトルは『福祉施設整備担当宛「カナルサイド高浜内小規模多機能型居宅介護施設質疑書」』としてください。
- ※ 送信確認のため、送信後に電話にて連絡をお願いします。
- 連絡先 港区保健福祉支援部保健福祉課福祉施設整備担当
電話 03（3578）2828（直通）

(様式21)

令和 年 月 日

港 区 長 様

申請者 主たる事務所の所在地
法 人 名
代表者氏名

実印

代理人 住 所
氏 名
電 話

印

参 加 辞 退 届

港区が実施するカナルサイド高浜内小規模多機能型居宅介護施設運営事業候補者公募に参加しましたが、下記の理由により参加を辞退いたしますのでこれを届け出ます。

記

<参加を辞退する理由>

以 上