**福山市介護予防・生活支援サービス事業　通所型サービス（短期集中予防サービス）実施業務委託**

**応募申請書**

年（令和　年）　　月　　日

福山市長　様

所在地（住所）

商号又は名称

代表者名

見出しの事業を実施する法人等として，関係書類を添えて応募します。

応募申請書及び添付書類の内容については，事実と相違ありません。

**１　添付書類**

本申請書に添付する資料は次のとおりとする。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **確認欄（市）** | **資　料** | |
|  | 応募申請書（本書） | |
|  | 誓約書（様式第２号） | |
|  | 商業登記簿謄本（写し可）又は介護保険事業所指定通知書（写し可） | |
|  | 印鑑証明書（写し可） | |
|  | 市税の完納証明書（写し可） | |
|  | 納税証明書（写し可） | |
|  | 電子データの保存等に関する申出書（様式第３号） | |
|  | その他添付書類 | |
|  |  | 実施会場の図面 |
|  | 従事する職員の資格証明証（写し可） |

**２　応募区域**（応募する区域に○をしてください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区域 | 対象学区（地区） | 応募区域 |
| 中央１ | 東・南・手城・深津・旭・千田・桜丘・西深津 |  |
| 中央２ | 西・霞・樹徳・光・久松台・明王台 |  |
| 中央３ | 川口・箕島・曙・多治米・新涯・川口東 |  |
| 中央４ | 泉・津之郷・赤坂・瀬戸・熊野・山手 |  |
| 東部 | 引野・蔵王・大津野・坪生・春日・伊勢丘・緑丘・旭丘・長浜・野々浜・幕山・日吉台・大谷台 |  |
| 南部１ | 水呑・高島・鞆の浦学園（走島を含む） |  |
| 南部２ | 想青学園・山南 |  |
| 西部 | 神村・本郷・遺芳丘・松永・柳津・金江・藤江 |  |
| 北部１ | 宜山・駅家・駅家西・駅家北 |  |
| 北部２ | 有磨・福相・常金丸・網引・新市・戸手 |  |
| 北部３ | 御幸・加茂・神辺・竹尋・御野・湯田・中条・道上（山野町を含む） |  |

※応募する日常生活圏域に追加して，受託が可能な学区，応相談が可能な学区あれば記入してください。

|  |
| --- |
|  |

**３　実施事業所及び実施予定等**　　　\*記載した内容はホームページ等で公開します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| \*（１）実施事業所　※事業所の種類をチェックしてください。 | | | | |
| □指定介護予防通所介護事業所　　　□指定介護予防通所リハビリテーション事業所  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 〒　　　　－  住所：  事業所名：  代表者名：  担当者名：  電話：　　　　　　　　　　　　　　　FAX：  E-mail： | | | | |
| \*（２）実施プログラムについて　（該当に☑をしてください） | | | | |
| □　運動・複合どちらも実施する  □　運動のみ実施する | | | | |
| \*（３）事業の開始方法について　（該当に☑をしてください） | | | | |
| □　随時利用を開始する  □　計画した開始月に開始する  　　⇒　　希望する開始月を〇で選択してください（※３つ以上選択してください）  　　［　４月・５月・６月・７月・８月・９月・１０月・１１月・１２月・１月　］ | | | | |
| \*（４）実施予定曜日等  　　　３曜日以内 | 毎週　　　曜日 | 時　　　分～　　時　　　分　実施予定 | | |
| 毎週　　　曜日 | 時　　　分～　　時　　　分　実施予定 | | |
| 毎週　　　曜日 | 時　　　分～　　時　　　分　実施予定 | | |
| \*（５）最大受入人数 | （　　　　　　　　　　　）人 | | | １０人以内で記入する。 |
| \*（６）実施予定場所の所在地 | | | | |
| 住所：  事業所名：  電話： | | | | |
| \*（７）使用会場　※図面を添付すること（受入人数１人当たり３平方メートル以上のスペースを確保） | | | | |
| 会場名（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | 面積（　　　　　　　　　　　　　　）㎡ | |
| （８）同一敷地内で介護・予防給付と短期集中予防サービスを実施する場合，区分の方法を記載。 | | | | |
|  | | | | |

**４　従事者**

（１）従事者の名前及び資格の種類を記入すること。

（２）事業全体の責任者には〇を記入すること。（プログラム担当者との重複可）

（３）「最大受入人数」に対応できる配置とすること。

（４）全員の資格証明証の写しを添付すること。

（５）記入する行が不足する場合は，追加すること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 責任者〇 | 名前 | | 資格の種類 |
|  |  | | □理学療法士　　　□作業療法士　　　　□柔道整復師  □健康運動指導士　□健康運動実践指導者 |
|  |  | | □理学療法士　　　□作業療法士　　　　□柔道整復師  □健康運動指導士　□健康運動実践指導者 |
|  |  | | □理学療法士　　　□作業療法士　　　　□柔道整復師  □健康運動指導士　□健康運動実践指導者 |
|  |  | | □理学療法士　　　□作業療法士　　　　□柔道整復師  □健康運動指導士　□健康運動実践指導者 |
|  |  | | □理学療法士　　　□作業療法士　　　　□柔道整復師  □健康運動指導士　□健康運動実践指導者 |
| 複合プログラムを実施する場合 | | | |
|  | 栄養  プログラム |  | □管理栄養士　　　 □栄養士 |
|  | □管理栄養士　　　 □栄養士 |
| 口腔  プログラム |  | □歯科衛生士　　　 □言語聴覚士 |
|  | □歯科衛生士　　　 □言語聴覚士 |

**５　その他従事者**

（１）その他，従事者としてプログラムに関わる従事者の名前及び資格の種類を記入すること。

（２）資格を持たない者の場合は，主な職歴を記入すること。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名前 | 資格の種類 | 主な職歴等 | |
| 年　月～　　年　月 | 職務内容 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |