

公募申込みに関する提出書類一覧表

項 目	説 明	様 式
①公募申込書	所定の様式	様式A
②法人の定款	最新のもの	
③法人登記簿謄本	履歴事項全部証明であって、応募申込み前 3 ヶ月以内に発行されたもの	
④法人の概要	所定の様式	様式B
⑤決算書等	過去 2 年間の決算書類（財産目録、貸借対照表、事業収支計算書）	
⑥納税証明書等	消費税及び地方消費税 法人市民税	税務署発行 市区町村役場発行
⑦応募要旨	所定の様式	様式C
⑧基本計画図面等	位置図、平面図、立面図（面積、寸法を表示）	
⑨資金計画・資金収支	所定の様式	様式D～F
⑩人員配置計画及び利用料	所定の様式	様式G
⑪運営規程	運営規程（案）	
⑫重要事項説明書	重要事項説明書（案）	
⑬欠格事由に該当しない旨の誓約書	所定の様式	様式H

※ 提出部数 正本1部、副本15部（③、⑥については、正本には原本、副本には写しとします。）

※ A4版で作成し、A4版を超えるものはA4版に折りたたむこと。

※ 資金計画は、補助金ありと補助金なしの2種類作成すること。なお、補助金の計算にあたっては、北海道が定める各種要綱等に準拠して算出すること。

（参考）<http://www.pref.hokkaido.lg.jp/hf/khf/homepage/03-sisetu/001/02-ro-jin.htm>

平成 年 月 日

江 別 市 長

所在地
法人名
代表者名

印

江別市介護保険施設事業者公募申込書

江別市介護保険施設事業者の公募について、下記のとおり応募します。

記

1 応募するサービス

サービス種別	定員	事業開始予定年月日
介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）	80名	平成 年 月 日
介護老人保健施設	80名	平成 年 月 日
（看護）小規模多機能型居宅介護		平成 年 月 日

2 提出書類

公募申込みに関する提出書類一覧のとおり

3 担当者連絡先

法人名			
所在地	〒 —		
所属			
担当者名			
T E L		F A X	
E メール			

様式A-2

応募する介護保険施設の状況等（介護老人福祉施設）

施設名称（仮称）							
建物概要		建築面積 m^2 延べ床面積 m^2 構造 造 階数 地上 階、地下 階 駐車場台数 台（うち身体障害者用 台） 権利関係 自己所有・借家予定 借家の場合の契約予定期間 年					
室の名称	階			階			備考
	室	面積 (m^2)	有効面積 (m^2)	室	面積 (m^2)	有効面積 (m^2)	
居室							
共同生活室							
洗面設備							
便所							
医務室							
浴室							
調理室							
洗濯室又は洗濯場							
汚物処理室							
介護材料室							
廊下幅 (m)	()		()				
事務室その他の運営上必要な設備							
併設施設（事業所）の有無・種別等		併設施設（事業所）（あり なし） 施設（事業所）の種別（ ） 施設（事業所）の定員数（ ）					
建物設計に際しての特記事項（利用者への配慮、訪問者への配慮等）							
施設整備完了予定年月日							

- ※ 平面図、立面図、配置図等を添付してください。
- ※ なお、建物平面図は、各室ごとの面積を記載したものとしてください。
- ※ 「有効面積」欄は、居室・共同生活室のように基準に有効面積の定めがあるものを記入してください。
- ※ 「廊下幅」の括弧内には、基準の定める数値を記入してください。
- ※ 上記の様式にて記載項目が不足する場合は、適宜用紙若しくは行を追加してください。

応募する介護保険施設の状況等（介護老人保健施設）

施設名称（仮称）							
建物概要	建築面積 m^2 延べ床面積 m^2 構造 造 階数 地上 階、地下 階 駐車場台数 台（うち身体障害者用 台） 権利関係 自己所有・借家予定 借家の場合の契約予定期間 年						
室の名称	階			階			備考
	室	面積 (m^2)	有効面積 (m^2)	室	面積 (m^2)	有効面積 (m^2)	
療養室							
共同生活室							
洗面設備							
便所							
浴室							
機能訓練室							
診察室							
サービス・ステーション							
調理室							
洗濯室又は洗濯場							
汚物処理室							
廊下幅 (m)	()			()			
事務室その他の運営上必要な設備							
併設施設（事業所）の有無・種別等	併設施設（事業所）（あり なし） 施設（事業所）の種別（ ） 施設（事業所）の定員数（ ）						
建物設計に際しての特記事項（利用者への配慮、訪問者への配慮等）							
施設整備完了予定年月日							

- ※ 平面図、立面図、配置図等を添付してください。
- ※ なお、建物平面図は、各室ごとの面積を記載したものとしてください。
- ※ 「有効面積」欄は、療養室・共同生活室のように基準に有効面積の定めがあるものを記入してください。
- ※ 「廊下幅」の括弧内には、基準の定める数値を記入してください。
- ※ 上記の様式にて記載項目が不足する場合は、適宜用紙若しくは行を追加してください。

様式A-4

応募する介護保険施設の状況等（（看護）小規模多機能型居宅介護）

施設名称（仮称）							
建物概要	建築面積			m ²			
	延べ床面積			m ²			
	構造			造			
	階数	地上	階、地下	階			
	駐車場台数			台（うち身体障害者用			台）
	権利関係	自己所有・借家予定					
	借家の場合の契約予定期間					年	
室の名称	階			有効面積 (m ²)	備考		
	室	面積 (m ²)					
居間及び食堂							
宿泊室							
便所							
浴室							
事務室その他の運営上必要な設備							
併設施設（事業所） の有無・種別等	併設施設（事業所）（あり なし） 施設（事業所）の種別（ ） 施設（事業所）の定員数（ ）						
サテライト型の 場合の本体施設	住 所 施設名 移動に要する時間 分（移動手段 ）						
建物設計に際しての特記事項（利用者への配慮、訪問者への配慮等）							
施設整備完了予定年月日							

- ※ 平面図、立面図、配置図等を添付してください。
- ※ なお、建物平面図は、各室ごとの面積を記載したものとしてください。
- ※ 「有効面積」欄は、居間及び食堂のように基準に有効面積の定めがあるものを記入してください。
- ※ 上記の様式にて記載項目が不足する場合は、適宜用紙若しくは行を追加してください。

応募する介護保険施設の状況等（その他）

施設名称（仮称）							
建物概要		建築面積	m ²		延べ床面積	m ²	
		構造	造		階数	地上 階、地下 階	
		駐車場台数	台（うち身体障害者用		台）		
		権利関係	自己所有・借家予定		借家の場合の契約予定期間		
						年	
室の名称	階			階			備考
	室	面積 (m ²)	有効面積 (m ²)	室	面積 (m ²)	有効面積 (m ²)	
事務室その他の運営上必要な設備							
併設施設（事業所）の有無・種別等		併設施設（事業所）（あり なし） 施設（事業所）の種別（ ） 施設（事業所）の定員数（ ）					
建物設計に際しての特記事項（利用者への配慮、訪問者への配慮等）							
施設整備完了予定年月日							

- ※ 平面図、立面図、配置図等を添付してください。
- ※ なお、建物平面図は、各室ごとの面積を記載したものとしてください。
- ※ 「有効面積」欄は、基準に定めがあるものを記入してください。
- ※ 上記の様式にて記載項目が不足する場合は、適宜用紙若しくは行を追加してください。

様式B

法人の概要

(1) 法人名等

法人名	
所在地	
代表者名	
設立年月日	
基本理念・経営理念	
運営事業	

※ 法人の概要がわかるパンフレット等があれば添付してください。

(2) 代表者の経歴書

法人の名称 (新設法人は予定名称)			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名	印		
住所	(〒 -)	電話番号	
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)			

※住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。

(3) - 1 施設長予定者の経歴書 (介護老人福祉施設)

法人の名称 (※新設法人は予定名称)			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名	印		
住所	(〒 -)	電話番号	
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)			

※住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。

(3) - 2 施設長予定者の経歴書 (介護老人保健施設)

法人の名称 (※新設法人は予定名称)			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名	印		
住所	(〒 -)	電話番号	
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)			

※住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。

(3) - 3 管理者予定者の経歴書 ((看護) 小規模多機能型居宅介護)

法人の名称 (※新設法人は予定名称)			
フリガナ		生年月日	年 月 日
氏名	印		
住所	(〒 -)	電話番号	
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)			

※住所・電話番号は、自宅のものを記入してください。

(4) 現在運営している施設名

①介護サービス施設・事業所

施設名	サービス種別	所在地	事業開始年月日	定員

②介護サービス以外（福祉・医療など）の施設

施設名	種別	所在地	事業開始年月日	定員

③上記施設・事業所における過去3ヵ年の個別指導等結果

施設名	指導等年月日	指導等内容及びその結果

応募要旨（介護老人福祉施設）

応募者名： _____

1 施設の管理・運営（※応募法人の場合において、他の介護保険施設等と共通する項目がある場合には、省略することが可能です。）

(1) 法人の理念及び応募動機
(2) 運営実績及び安定的・継続的な運営に対する見通し
(3) 安全確保、危機管理及び事故防止等に関する体制
(4) 衛生管理に関する体制

2 サービスの質・内容

(1) サービスや支援（食事、入浴、排せつ等）の内容
(2) 間取りや設備等における工夫
(3) 利用料金及び低所得者等への配慮

3 サービスの運営体制

(1) 人員の配置
(2) 苦情対応等に関する体制
(3) 高齢者虐待、身体拘束等の防止や発生時の対応
(4) 重度認知症やターミナルケアに関する取組

4 事業の適正化

(1) 地域交流や地域貢献に関する取組
(2) 運営状況の評価及び情報公開等に関する体制
(3) コンプライアンスの遵守及び行政・関係機関等との連携

応募要旨（介護老人保健施設）

応募者名： _____

1 施設の管理・運営（※応募法人の場合において、他の介護保険施設等と共通する項目がある場合には、省略することが可能です。）

(1) 法人の理念及び応募動機
(2) 運営実績及び安定的・継続的な運営に対する見通し
(3) 安全確保、危機管理及び事故防止等に関する体制
(4) 衛生管理に関する体制

2 サービスの質・内容

(1) サービスや支援（食事、入浴、排せつ等）の内容
(2) 間取りや設備等における工夫
(3) 利用料金及び低所得者等への配慮

3 サービスの運営体制

(1) 人員の配置
(2) 苦情対応等に関する体制
(3) 高齢者虐待、身体拘束等の防止や発生時の対応
(4) 重度認知症やターミナルケアに関する取組

4 事業の適正化

(1) 地域交流や地域貢献に関する取組
(2) 運営状況の評価及び情報公開等に関する体制
(3) コンプライアンスの遵守及び行政・関係機関等との連携

応募要旨（（看護）小規模多機能型居宅介護）

応募者名： _____

1 施設の管理・運営（※応募法人の場合において、他の介護保険施設等と共通する項目がある場合には、省略することが可能です。）

(1) 法人の理念及び応募動機
(2) 運営実績及び安定的・継続的な運営に対する見通し
(3) 安全確保、危機管理及び事故防止等に関する体制
(4) 衛生管理に関する体制

2 サービスの質・内容

(1) サービスや支援（食事、入浴、排せつ等）の内容
(2) 間取りや設備等における工夫
(3) 利用料金及び低所得者等への配慮

3 サービスの運営体制

(1) 人員の配置
(2) 苦情対応等に関する体制
(3) 高齢者虐待、身体拘束等の防止や発生時の対応
(4) 重度認知症やターミナルケアに関する取組

4 事業の適正化

(1) 地域交流や地域貢献に関する取組
(2) 運営状況の評価及び情報公開等に関する体制
(3) コンプライアンスの遵守及び行政・関係機関等との連携

資 金 計 画 書

江 別 市

サービス種別 _____

施設名 _____

事業費 (単位:千円)		資金内訳 (単位:千円)		備 考
主体工事費		自己資金		
そ の 他 (外構等)		借入金		→ ① 記入
工事事務費 (実施設計・工事監理等)		寄付金		→ ② 記入
小 計		その他		→ ③ 記入
基本設計費		(補助金について) ※補助金は資金内訳その他に記載し、下記③に内訳を記載してください。		
用 地 費 (購入の場合)				
造 成 費				
解体撤去工事費				
仮施設整備工事費				
什器備品費 (初度設備等)				
小 計				
運 転 資 金 (開設～2ヶ月分)				
合 計		合 計		

【 ① 借入金 】

(単位:千円)

借 入 先	借入額 (A)	利 息 (B)	合計 (A) + (B)

【 ② 建設財源としての寄付金 】

(単位:千円)

寄付予定者	年 齢	職 業	前年の課税所得又は利益	預貯金残高合計額	寄付金額

【 ③ その他内訳 】

※①に借入額の記載がある場合は、借入先ごとに別紙「借入金償還計画表」を作成すること。

様式D-2 (補助金なし)

資 金 計 画 書

江 別 市

サービス種別 _____

施設名 _____

事業費 (単位:千円)		資金内訳 (単位:千円)		備考
主体工事費		自己資金		
その他 (外構等)		借入金		→ ① 記入
工事事務費 (実施設計・工事監理等)		寄付金		→ ② 記入
小 計		その他		→ ③ 記入
基本設計費		(補助金について) ※補助金は資金内訳に記載しないでください。		
用地費 (購入の場合)				
造成費				
解体撤去工事費				
仮施設整備工事費				
什器備品費 (初度設備等)				
小 計				
運転資金 (開設～2ヶ月分)				
合 計		合 計		

【 ① 借入金 】

(単位:千円)

借 入 先	借入額 (A)	利 息 (B)	合計 (A) + (B)

【 ② 建設財源としての寄付金 】

(単位:千円)

寄付予定者	年 齢	職 業	前年の課税所得又は利益	預貯金残高合計額	寄付金額

【 ③ その他内訳 】

※①に借入額の記載がある場合は、借入先ごとに別紙「借入金償還計画表」を作成すること。

収支シミュレーション

運転資金	自己資金	_____千円	借入金	_____千円
	その他 ()	_____千円	合計	_____千円

項 目	1年目	2年目	3年目	備 考
介護老人福祉施設 稼働率	%	%	%	
収入				(単位：千円)
介護報酬保険請求収入				
介護報酬窓口収入				
食費・食材料費				
居住費				
共益費				
日常生活費				
その他 ()				

収入合計				
支出				(単位：千円)
人件費				
法定福利費				
厚生費				
材料費				
減価償却費				
賃借料				
消耗品費				
水道光熱費				
租税公課				
保険料				
借入金返済				
その他 ()				

歳出合計				
剰余金				

※運転資金については、補助金を見込まないで作成してください。

※項目は適宜追加してください。

※1年目は、開設予定日からの12カ月の経費とし、2年目はそれ以降の12カ月、3年目も同様に積算し経費を記載してください。

収支シミュレーション

運転資金	自己資金	_____千円	借入金	_____千円
	その他 ()	_____千円	合計	_____千円

項 目	1年目	2年目	3年目	備 考
介護老人保健施設 稼働率	%	%	%	
収入				(単位：千円)
介護報酬保険請求収入				
介護報酬窓口収入				
食費・食材料費				
居住費				
共益費				
日常生活費				
その他 ()				

収入合計				
支出				(単位：千円)
人件費				
法定福利費				
厚生費				
材料費				
減価償却費				
賃借料				
消耗品費				
水道光熱費				
租税公課				
保険料				
借入金返済				
その他 ()				

歳出合計				
剰 余 金				

※運転資金については、補助金を見込まないで作成してください。

※項目は適宜追加してください。

※1年目は、開設予定日からの12カ月の経費とし、2年目はそれ以降の12カ月、3年目も同様に積算し経費を記載してください。

収支シミュレーション

運転資金	自己資金	_____千円	借入金	_____千円
	その他 ()	_____千円	合計	_____千円

項 目	1年目	2年目	3年目	備 考
(看護) 小規模多機能型居宅介護 稼働率	%	%	%	
収入				(単位：千円)
介護報酬保険請求収入				
介護報酬窓口収入				
食費・食材料費				
居住費				
共益費				
日常生活費				
その他 ()				

収入合計				
支出				(単位：千円)
人件費				
法定福利費				
厚生費				
材料費				
減価償却費				
賃借料				
消耗品費				
水道光熱費				
租税公課				
保険料				
借入金返済				
その他 ()				

歳出合計				
剰余金				

※運転資金については、補助金を見込まないで作成してください。

※項目は適宜追加してください。

※1年目は、開設予定日からの12カ月の経費とし、2年目はそれ以降の12カ月、3年目も同様に積算し経費を記載してください。

人員配置計画及び利用料（介護老人福祉施設）

1. 人員配置計画

区 分	常 勤		非 常 勤		備 考 ※
	専 従	兼 務	専 従	兼 務	
施設長					
医師					
生活相談員					
介護職員					
看護職員					
機能訓練指導員					
介護支援専門員					
栄養士					
その他					
合 計	人	人	人	人	

※ 兼務する職種や非常勤の勤務時間などが分かるように備考欄へ記載すること。

【記載例】・〇〇職と△△職を常勤で兼務。

・非常勤の◇◇職は1日◎時間、週◎日勤務。

・非常勤の▽▽職は□□職を兼務し、週◎日勤務。(D 職◎時間/日、E 職◎時間/日)

※各欄上下2段書きとし、上段に総数を、下段に総数の内の江別市内在住者の人数を記載すること。

2. 利用料

(1) 食費（一食あたり） 朝 _____ 円 、 昼 _____ 円 、 夕 _____ 円

(2) 居住費（一日あたり） _____ 円

(3) その他の日常生活費

・

(4) その他

・

人員配置計画及び利用料（介護老人保健施設）

1. 人員配置計画

区 分	常 勤		非 常 勤		備 考 ※
	専 従	兼 務	専 従	兼 務	
施設長					
医師					
薬剤師					
支援相談員					
介護職員					
看護職員					
理学療法士、作業療法士又は 言語聴覚士					
介護支援専門員					
栄養士					
その他					
合 計	人	人	人	人	

※ 兼務する職種や非常勤の勤務時間などが分かるように備考欄へ記載すること。

【記載例】・○○職と△△職を常勤で兼務。

・非常勤の◇◇職は1日◎時間、週◎日勤務。

・非常勤の▽▽職は□□職を兼務し、週◎日勤務。(D職◎時間/日、E職◎時間/日)

※各欄上下2段書きとし、上段に総数を、下段に総数の内の江別市内在住者の人数を記載すること。

2. 利用料

(1) 食費（一食あたり） 朝 _____ 円 、 昼 _____ 円 、 夕 _____ 円

(2) 居住費（一日あたり） _____ 円

(3) その他の日常生活費

・

(4) その他

・

人員配置計画及び利用料（（看護）小規模多機能型居宅介護）

1. 人員配置計画

区 分	常 勤		非 常 勤		備 考 ※
	専 従	兼 務	専 従	兼 務	
管理者					
介護職員					
看護職員					
介護支援専門員					
その他					
合 計	人	人	人	人	

※ 兼務する職種や非常勤の勤務時間などが分かるように備考欄へ記載すること。

【記載例】・〇〇職と△△職を常勤で兼務。

・非常勤の◇◇職は1日◎時間、週◎日勤務。

・非常勤の▽▽職は□□職を兼務し、週◎日勤務。(D 職◎時間/日、E 職◎時間/日)

※各欄上下2段書きとし、上段に総数を、下段に総数の内の江別市内在住者の人数を記載すること。

2. 利用料

(1) 食費（一食あたり） 朝 _____ 円 、 昼 _____ 円 、 夕 _____ 円

(2) 宿泊費（一日あたり） _____ 円

(3) その他の日常生活費

・

(4) その他

・

様式H

平成 年 月 日

江別市長

住 所
〔所在地〕
申請者 氏 名
〔名称及び
代表者氏名〕

印

介護保険法第86条第2項等の規定に該当しない旨の誓約書

介護保険法第86条第2項及び同法第94条第3項の規定に該当しないことを誓約します。