

様式1

令和 年 月 日

(あて先) 桐生市長

所在地  
法人名  
代表者

印

桐生市地域包括支援センター運営事業委託応募申請書

桐生市地域包括支援センターの設置及び運営を希望するので、関係書類を添えて下記のとおり応募します。

記

1 応募する地域

応募圏域名	第8圏域
事務所設置予定場所	桐生市
管理者予定者職氏名	

2 担当者連絡先

法人名		
担当者		
連絡先	住所	
	電話	
	F A X	
	E-mail	

様式2

## 事業計画書

法人名	
1. 応募理由及び運営方針	
(1) 応募理由	
(2) 運営方針	

## 2. 運営体制

### (1) 法人組織図（体制図）

※地域包括支援センターを位置付けたものを想定して記載してください。

### (2) 地域包括支援センター従事者の体制

従事予定者 *1	職種(職名)	兼務の有無	主な業務	備考

\*1 実務上の従事予定者の他に、法人としての管理監督者等についても記載してください。

\*2 指定介護予防支援事業所の管理者(予定)については、「備考」欄へ○を付けてください。

### (3) 地域包括支援センターに関する緊急時の連絡体制

### 3. 事業計画

(1) 地域包括支援センターの中立性・公正性を確保するための考え方及び具体的提案

(2) 包括的支援事業に関する考え方及び具体的提案

ア 第1号介護予防支援事業（介護予防ケアマネジメント）及び  
介護予防に関する考え方（提案等）

イ 地域での総合相談・支援に関する考え方（提案等）

ウ 権利擁護（虐待対応を含む）に関する考え方（提案等）

エ 包括的・継続的ケアマネジメント支援に関する考え方（提案等）

オ 上記イ～エに関連する困難事例に関する考え方（提案等）

（3）多職種協働による地域包括支援ネットワークの構築に関する考え方（提案等）

（4）地域ケア会議の実施に関する考え方（提案等）

- ・ 処遇困難ケース対応型

- ・ 自立支援型

- ・ 地域課題検討型

(5) 第1号介護予防支援事業（介護予防ケアマネジメント）・介護予防支援業務の一部を指定居宅介護支援事業所へ委託することに関する考え方及び具体的提案

(6) 地域における支え合いの体制強化推進事業に関する考え方及び具体的提案

- ・ 全世代対応型のワンストップ相談拠点業務
  
- ・ 圏域における支え合いのしくみ・ネットワークづくり支援業務
  
- ・ 地域防災の連携拠点業務

#### 4. その他

(1) 個人情報保護に関する考え方及び対応策

(2) 地域との連携体制及び地域包括ケアシステムに関する考え方及び具体的提案

(3) その他（法人として地域包括支援センターを運営する上で特に有益となると考えられること等）





配置職員（予定者）の履歴書

法人名			
区 分	・保健師                      ・保健師に準ずる者 ※該当するものに○を付ける		
雇用区分	・正規職員                      ・その他（                      ） ※どちらかに○を付ける。「その他」の場合は、具体的な雇用の形態を記載してください。		
ふりがな 氏 名			
生年月日	年	月	日生（ 歳）
資格（取得日）	（ 年 月 日）		
職 歴			
事業所名 （法人名）	勤務年月	在職年月	担当業務内容 （職名だけでなく具体的に）
	年 月～ 年 月	年 月	
	年 月～ 年 月	年 月	
	年 月～ 年 月	年 月	
	年 月～ 年 月	年 月	
	年 月～ 年 月	年 月	
	年 月～ 年 月	年 月	
特記事項（地域包括支援センター業務に従事する際の心構え等（本人記載）			

**※資格を証明する書類を添付してください。**

※応募日現在で、従事予定者職員が決まっていない場合は、「氏名」欄に新規採用と記載してください。

配置職員（予定者）の履歴書

法人名			
区 分	・社会福祉士                      ・社会福祉士に準ずる者 ※該当するものに○を付ける		
雇用区分	・正規職員                      ・その他（                      ） ※どちらかに○を付ける。「その他」の場合は、具体的な雇用の形態を記載してください。		
ふりがな 氏 名			
生年月日	年	月	日生（ 歳）
資格（取得日）	（ 年 月 日）		
職 歴			
事業所名 （法人名）	勤務年月	在職年月	担当業務内容 （職名だけでなく具体的に）
	年 月～ 年 月	年 月	
	年 月～ 年 月	年 月	
	年 月～ 年 月	年 月	
	年 月～ 年 月	年 月	
	年 月～ 年 月	年 月	
	年 月～ 年 月	年 月	
特記事項（地域包括支援センター業務に従事する際の心構え等（本人記載）			

**※資格を証明する書類を添付してください。**

※応募日現在で、従事予定者職員が決まっていない場合は、「氏名」欄に新規採用と記載してください。

## 配置職員（予定者）の履歴書

法人名			
区 分	・主任介護支援専門員      ・主任介護支援専門員に準ずる者 ※該当するものに○を付ける		
雇用区分	・正規職員                      ・その他（                      ） ※どちらかに○を付ける。「その他」の場合は、具体的な雇用の形態を記載してください。		
ふりがな 氏 名			
生年月日	年	月	日生（      歳）
資格（取得日）	（      年      月      日）		
職 歴			
事業所名 （法人名）	勤務年月		在職年月      担当業務内容 （職名だけでなく具体的に）
	年	月～ 年 月	年 月
	年	月～ 年 月	年 月
	年	月～ 年 月	年 月
	年	月～ 年 月	年 月
	年	月～ 年 月	年 月
	年	月～ 年 月	年 月
特記事項（地域包括支援センター業務に従事する際の心構え等（本人記載）			

※資格を証明する書類を添付してください。

※応募日現在で、従事予定者職員が決まっていない場合は、「氏名」欄に新規採用と記載してください。

## 配置職員（予定者）の履歴書

法人名			
区 分	職種名 ※職種を記載		
雇用区分	・正規職員                                  ・その他（                                  ） ※どちらかに○を付ける。「その他」の場合は、具体的な雇用の形態を記載してください。		
ふりがな 氏 名			
生年月日	年	月	日生（                  歳）
資格（取得日）	（                  年                  月                  日）		
職 歴			
事業所名 （法人名）	勤務年月		在職年月                  担当業務内容 （職名だけでなく具体的に）
	年	月～                  年                  月	年                  月
	年	月～                  年                  月	年                  月
	年	月～                  年                  月	年                  月
	年	月～                  年                  月	年                  月
	年	月～                  年                  月	年                  月
	年	月～                  年                  月	年                  月
特記事項（地域包括支援センター業務に従事する際の心構え等（本人記載）			

※資格を証明する書類を添付してください。

※応募日現在で、従事予定者職員が決まってない場合は、「氏名」欄に新規採用と記載してください。

様式 5

地域包括支援センターの設置場所及び建物・設備の概要

法人名			日常生活圏域	
設置場所 (所在地)				
設置形態	(1) 土地	・自己所有(新規・既存)	・賃貸借	
	(2) 建物	・自己所有(新規・既存)	・賃貸借	
	賃貸借の場合	賃貸借料	月額	円
		内訳(		)
来賓用駐車場	台			
建物の状況	階建ての 階の(一部・全部)			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域包括支援センターが占有</li> <li>・法人内の他の事業所等と共有</li> </ul>			
建物内の状況	事務室	・無	・有(	m <sup>2</sup> 専用・兼用)
	相談室	・無	・有(	m <sup>2</sup> × 室 専用・兼用)
	その他			
	※「その他」の欄は、上段以外の部屋があれば記載してください。			
設備等の状況	電話	・無	・専用	・兼用
	電話番号			
	FAX	・無	・専用	・兼用
	FAX 番号			
Eメール	・無	・専用	・兼用	アドレス
業務用車両	・無	・専用(	台)	・兼用(
平面図等	地域包括支援センター設置場所の位置図			別記1のとおり
	地域包括支援センターの敷地・建物の平面図			別記2のとおり
	地域包括支援センター内の平面図			別記3のとおり

※各項目において該当する所に○をつけてください。

※「専用」とは、地域包括支援センターのみが使用する。「兼用」とは、地域包括支援センターと法人内の他の事業所が共同で使用する。

法人の事業概要

法人名						
1. 法人設立年月日		年 月 日				
2. 職員の状況（令和5年8月31日現在）						
職員数	役員等	人	正規職員	人	その他の職員	人
	※「役員」等には、法人の理事等の人数を記載してください。 ※「正規職員」には、「労働契約上、期間を定めない職員」の人数を記載してください。 ※「その他の職員」には、上記以外の職員（嘱託、パート等）の人数を記載してください。					
平均勤務月数	か月					
	※「正規職員」のみで算出してください。（少数以下は切り捨て） ※「正規職員」の貴法人での勤務月数の合計を「正規職員」の数で除して算出してください。					
資格所有者の状況	①保健師	人	左記に準ずる者	人		
	②社会福祉士	人	左記に準ずる者	人		
	③主任介護支援専門員	人	左記に準ずる者	人		
	④介護支援専門員	人	左記に準ずる者	人		
	※「正規職員」の中で、上記の資格保有者数を記載してください。 ※同一の「行」での重複した場合は、左欄に計上してください。 同一人物が「経験のある看護師」であり、「保健師」の資格もある場合は、「保健師」に「1」とし、「経験のある保健師」は「0」としてください。しかし、「経験のある看護師」が「社会福祉士」と「介護支援専門員」の資格を持っている場合は、すべてに「1」としてください。					

### 3. 事業の状況

#### (1) 桐生市内でサービスを提供する介護保険事業の状況（令和4年度）

事業所名	サービス種類	開設年月	定員	年間延利用者数 (うち要支援者数)

※介護保険上のサービス事業所毎に記載してください。ただし、介護給付と予防給付と第1号事業による区別は不要とします。(例えば、訪問介護事業所と介護予防訪問介護事業所と第1号訪問事業所については、訪問介護事業所として一括で記載してください。)

※「定員」欄については、令和5年3月31日現在で記載してください。なお、訪問介護事業所等利用者の定員のない事業所の場合は、記載不要です。ただし、居宅介護支援事業所については、従業員の「常勤換算」での人員を記載してください。

※「年間延利用者数」欄については、令和4年度の会計における給付管理数を記載してください。

#### (2) 桐生市内で実施するその他の事業の状況（令和4年度）

事業名	事業の概要

※原則として、経理区分を単位とし記載してください。

(「(1) 介護保険事業」と「(2) その他の事業」で法人が市内で実施するすべての事業が記載されるようにしてください)