

## 参加申込書兼誓約書

中津市長 あて

所在地  
法人名  
代表者

印

中津市障がい者等基幹相談支援センター運営事業委託業務公募型プロポーザル（以下「プロポーザル」という。）に参加を希望します。なお、当法人は、プロポーザル募集要項3の参加資格要件を満たしていることを誓約します。当該誓約に違反があった場合には、一方的に選定手続きから除外されても異議申し立てはいたしません。

連絡担当 所属部署				
担当者 氏名				
担当者 連絡先	電話		FAX	
	メール			

## 【参考】

## ○プロポーザル参加資格要件

本委託事業のプロポーザルに参加できる者は、法人格を有し、かつ、次の事項を全て満たすものとする。

- ①令和9年4月1日時点で障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（平成17年法律第123号。以下「法」という。）第51条の19に規定する指定一般相談支援事業の実施見込みがあること。
- ②申請書提出時点で、法第51条の20に規定する指定特定相談支援事業を中津市内で3年以上実施経験があること。
- ③法第36条第3項各号に該当しないこと。
- ④地方自治法施行令第167条の4第1項各号に該当しない者及び同条第2項の規定により当市の指名競争入札制限を受けていない者であること。
- ⑤法人及びその代表者が中津市の税金等を滞納していないこと。
- ⑥会社更生法（平成14年法律第154号）又は民事再生法（平成11年法律第225号）等による手続を行っている法人でないこと。
- ⑦過去において、一般相談支援事業又は特定相談支援事業の指定を取り消されたことがない法人であること。
- ⑧事業者及びその代表者、役員等が、暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号）第2条第2号に規定する暴力団（以下「暴力団」という。）及び同条第6号に規定する暴力団員（以下「暴力団員」という。）又は暴力団若しくは暴力団員と密接な関係を有すると認められる者でないこと。

## 役員等調書兼照会承諾書

中津市長 あて

所在地  
法人名  
代表者

⑩

次の役員等調書の記載事項については、事実と相違ないことを誓約するとともに、この調書に記載した者について、中津市の行政事務からの暴力団等の排除を目的として大分県警察本部に照会することを承諾します。

役職等	ふりがな 氏名	住所	生年月日	性別

## 【注意事項】

- 1 当該法人の役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められる者を含む。）及び事業所を管理する者について記入してください。
- 2 提出に当たっては、氏名、生年月日等の個人情報、暴力団、暴力団員又はこれらの利益につながる活動を行い、若しくはこれらと密接な関係を有する者ではないことの確認のために提供され、及び利用されることについて、当該名簿に記載されている方の同意を取ってください。

## 企画提案書提出届

令和 年 月 日

中津市長 あて

提出者  
所在地  
法人名  
代表者

印

業務名 中津市障がい者等基幹相談支援センター運営事業委託業務

標記事業について、次の書類を添えて申込みます。  
なお、添付書類の記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

### 添付書類

- 1 会社概要（様式第4号）
- 2 事業計画書（様式第5号）
- 3 職員体制（様式第6号）
- 4 収支計画書（様式第7号）

提出担当者役職・氏名

連絡先 電 話

F A X

メールアドレス

(連絡先は間違いのないよう記入してください。)

## 会社概要

令和 年 月 日現在

商号又は名称	
所在地	〒
代表者職氏名	
設立年月日	
資本金	
従業員数	
有資格者数 (*1)	精神保健福祉士 ( 人)      介護支援専門員 ( 人) 社会福祉士 ( 人)      介護福祉士 ( 人) 保健師 ( 人) 看護師 ( 人)
会社の沿革	
事業内容	

※1：有資格者数は相談支援業務の実施に関連する福祉系の資格とする（法人全体の人数）

様式第5号

中津市障がい者等基幹相談支援センター運営事業委託業務事業計画書

1. 基本事項

法人名			
提案額	3年総額 円	1年目	円
		2年目	円
		3年目	円

2. 経営方針について（法人の理念、地域との連携、基幹センターとの連携など）

※基幹センター：障がい者等基幹相談支援センターのことを言う（以下同じ）

3. 応募理由

4. 基幹センターの運営方針等

5. 自立支援協議会等に対する取組

（協議会や部会運営、地域生活支援拠点への取組、他機関連携、下毛地域への対応等）

6. 自事業所の職員への研修等の人材育成計画

--

7. 地域の相談支援体制の底上げへの取り組み  
(他の相談支援事業所の職員への研修等の人材育成計画など)

--

8. 障害者虐待防止法に関する相談体制について  
(1) 24時間365日対応の体制について

--

(2) 緊急時の対策について

--

9. 苦情等に対する具体的対応 (責任者の配置、苦情対応など)

--

10. 独自提案

--

## 職員体制

### 1. 職員体制

配置予定者の全体人数	人
上記の常勤換算人数	人
相談員の常勤換算人数	人

### 2. 組織図、職員のシフト表 (別紙)

### 3. 配置予定者の資格等の総括表

	勤務形態		相談員資格			専門資格等											
	常勤 (常勤換算人数)	専従	① 主任相談支援専門員	② 相談支援専門員	③ 相談支援員	④ 精神保健福祉士	⑤ 社会福祉士	⑥ 保健師	⑦ 看護師	⑧ 介護支援専門員	⑨ 介護福祉士	⑩	⑪	⑫	⑬	⑭	
1人目																	
2人目																	
3人目																	
4人目																	
5人目																	
6人目																	

「常勤」欄には、常勤換算にした人数を小数第 1 位で記載

(例) 常勤の場合 1.0 (小数第 2 位四捨五入)

上記以外は、該当項目に「●」を記入 (その他の資格は、空欄に追記してください)

※行が足りない場合は追加してください

## 4. 配置予定者の資格等

※年齢は令和9年4月1日現在

&lt; 1人目 &gt; センター長

氏名		年齢	歳
現在の所属		役職	
兼務の有無	有 ( )・無	常勤換算	人
有する資格		資格取得日	年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
職歴等 (直近3つ)	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
障害福祉サービスの相談支援業務経験年数		年	
【特記事項】			

&lt; 2人目 &gt;

氏名		年齢	歳
現在の所属		役職	
兼務の有無	有 ( )・無	常勤換算	人
有する資格		資格取得日	年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
職歴等 (直近3つ)	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
障害福祉サービスの相談支援業務経験年数		年	
【特記事項】			

< 3 人目 >

氏 名		年 齡	歳
現在の所属		役 職	
兼務の有無	有 ( )・ 無	常勤換算	人
有する資格		資 格 取 得 日	年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
職歴等 (直近3つ)	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
障害福祉サービスの相談支援業務経験年数		年	
【特記事項】			

< 4 人目 >

氏 名		年 齡	歳
現在の所属		役 職	
兼務の有無	有 ( )・ 無	常勤換算	人
有する資格		資 格 取 得 日	年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
職歴等 (直近3つ)	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
障害福祉サービスの相談支援業務経験年数		年	
【特記事項】			

< 5 人目 >

氏名		年齢	歳
現在の所属		役職	
兼務の有無	有 ( )・無	常勤換算	人
有する資格		資格取得日	年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
職歴等 (直近3つ)	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
障害福祉サービスの相談支援業務経験年数		年	
【特記事項】			

< 6 人目 >

氏名		年齢	歳
現在の所属		役職	
兼務の有無	有 ( )・無	常勤換算	人
有する資格		資格取得日	年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
			年 月 日
職歴等 (直近3つ)	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
	年 月～ 年 月		
障害福祉サービスの相談支援業務経験年数		年	
【特記事項】			

様式第7号

中津市障がい者等基幹相談支援センター運営事業委託業務収支計画書（1年目）

【収入】

（単位：円）

科目	予算額	積算内訳
市委託料 給付費		
合計		

【支出】

（単位：円）

科目	予算額	積算内訳
人件費		
給与 賞与 法定福利費 通勤手当 福利厚生費		
事業費		
諸謝金 交通費 会議費 消耗品費 車両費 燃料費 食糧費 印刷製本費 光熱水費 修繕料 通信運搬費 保険料 委託料 使用料及び賃借料 備品購入費 負担金等 公課費 その他経費		
小計		
消費税		
合計		

様式第8号

プロポーザルに対する質問票

令和 年 月 日

中津市長 あて

法人名  
担当者名  
電話番号  
F A X  
メールアドレス

質問事項	質問内容

質問が複数ある場合には、箇条書きで簡潔に記載してください。

様式第9号

令和 年 月 日

中津市長 あて

所在地

法人名

代表者

## 辞 退 届

中津市障がい者等基幹相談支援センター運営事業委託業務公募型プロポーザルにつきまして、参加を辞退することを申し出ます。

提出先（ 福祉支援課 ）

市 税 等 納 付 状 況 申 告 書 及 び  
市 税 等 納 付 状 況 確 認 承 諾 書

【申請者記入欄】

令和      年      月      日
中 津 市 長 あて
住所又は所在地 _____
(法人名) _____
氏名又は代表者名 _____ (生年月日：      年      月      日)
中津市に対する税、及びその他の税に対しての納付状況を以下のように申告します。 市税（滞納有・滞納無）      その他の税（滞納有・滞納無）
また、下記使用目的に限り、市税等の納付状況を確認することを承諾します。 使用目的： <u>中津市障がい者等基幹相談支援センター運営事業委託業務公募型プロ ポーザル参加のため</u>
※市税等とは…住民税・固定資産税・国民健康保険税・介護保険料など、法令・条例等により中津市に対し支 払う税・料金をいいます ※その他の税とは…所得税等の国税、自動車税等の道府県税、または他市町村に対して支払う住民税など、 法令・条例等により支払い義務が生じる税・料金をいいます <国民健康保険税については、本人が加入している場合、世帯主の納付状況の確認となります>

注) 本用紙は、各担当課に提出して下さい。提出後、担当課が収納課または各支所総務・住  
民課にて市税納付状況の確認を行います。

-----  
【収納課または各支所総務・住民課確認欄】

市 税 納 付 状 況 確 認 書

上記の者の市税の納付状況については、下記のとおりであることを確認します。

1. 滞納なし
2. 滞納あり

令和      年      月      日

中津市徴税吏員