様式１

令和　　年　　月　　日

# 参加申込書兼誓約書

阿波市長職務代理者　阿波市副市長　あて

所在地
法人名
代表者　　㊞

阿波市障がい者基幹相談支援センター運営業務（その２）委託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、プロポーザル実施要領４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<br>所属部署 | | | | |
| 担当者<br>氏　名 | | | | |
| 担当者<br>連絡先 | 電話 | | FAX | |
| | メール | | | |
| パソコン・<br>プロジェクター | | 使用する　・　使用しない | | |

[参考]参加資格

参加者は、別紙仕様書に従い誠実に本業務を履行できる者かつ次の要件を全て満たしていなければいけない。なお、本プロポーザル期間中に要件を満たさなくなった場合は、その時点で失格とする。

（１）申込書提出時点で、法第51条の19に規定する指定一般相談支援事業及び法第51条の20に規定する指定特定相談支援事業を実施中であること。
（２）地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の４（同令第167条の11第１項において準用する場合を含む。）の規定に該当しないこと。
（３）会社更生法（平成14年法律第154号）の規定に基づく更生手続を開始する申立ておよび民事再生法（平成11年法律第225条）の規定に基づく再生手続を開始する申立てをしていない者または申立てがなされていない者であること。
（４）阿波市暴力団等排除措置要綱（平成23年４月１日施行）第３条に該当しない者であること。
（５）過去において、一般相談支援事業者又は特定相談支援事業者の指定を取り消されたことがない法人であること。
（６）法第36条第3項各号に該当しないこと。
（７）国税及び地方税を滞納していないこと。

様式２

# 企画提案書提出届

令和　　年　　月　　日

阿波市長職務代理者　阿波市副市長　あて

提出者
所在地
法人名
代表者　　㊞

業務名　阿波市障がい者基幹相談支援センター運営業務（その２）

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
ア　企画提案書提出届（様式２）
イ　法人概要（様式３）
ウ　事業計画書（様式４）
エ　職員体制（様式５）※組織図とシフト表を添付（任意様式）
オ　配置予定者の資格を証する書類の写し
カ　見積書（様式６）及び見積内訳書（様式７）３年度分
キ　阿波市障がい者相談支援センター設置予定施設の平面図

提出担当者役職・氏名
連絡先　　電　　話
　　Ｆ　Ａ　Ｘ
　　ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ
（連絡先は間違いのないよう記入してください。）

様式３

# 法人概要

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）<br>社会福祉士（　　人）　　介護福祉士（　　人）<br>保健師（　　人）<br>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４

# 阿波市障がい者基幹相談支援センター運営業務（その２）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、他機関連携への対応等）

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．権利擁護・虐待の防止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

様式５

# 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） | 非常勤 | 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 |
| １人目 | | | | | | | | |
| ２人目 | | | | | | | | |
| ３人目 | | | | | | | | |
| ４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
※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１月１日現在

＜１人目＞　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】 | | | |

＜２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】 | | | |

＜３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】 | | | |

＜４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6）

# 見　　積　　書

| | 百 | 十 | 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 見積書記載金額（消費税及び地方消費税抜き） | | | | | | | | | | | |

| 内訳金額（消費税及び地方消費税抜き） | | |
|---|---|---|
| | 令和8年度 | 円 |
| | 令和9年度 | 円 |
| | 令和10年度 | 円 |

2 事　業　名　　地域生活支援事業

3 業　務　名　　阿波市障がい者基幹相談支援センター運営業務（その2）

4 業務箇所　　阿波市内全域

阿波市財務規則並びに設計書（仕様書及び図面を含む。）及び指示事項を承諾のうえ上記のとおり見積りします。

見積年月日　　令和　　年　　月　　日

見積者　住　　所

商号又は名称

代　表　者　名

阿波市長職務代理者　阿波市副市長　様

注意事項

1　見積者の住所氏名は、法人にあっては法人の名称及び代表者の氏名を記載すること。
2　見積金額はアラビア数字を使用すると共に消し難い用具で記載すること。なお頭書に￥の記号を付記すること。
3　見積金額は、訂正しないこと。
4　見積年月日は、見積の日を記載すること。

様式7

阿波市障がい者基幹相談支援センター運営業務（その２）　見積内訳書（　　年目）

【支出】　（単位：円）

| 科目 | 予算額 | 積算内訳 |
|---|---|---|
| 人件費 | 0 | |
| 給与<br>賞与<br>法定福利費<br>通勤手当<br>福利厚生費 | | |
| 事業費 | 0 | |
| 消耗品費<br>車両費<br>燃料費<br>印刷製本費<br>通信運搬費<br>保険料<br>使用料及び賃借料<br>その他経費 | | |
| 小計 | 0 | |
| 消費税 | 0 | |
| 合計 | 0 | |

様式８

# 質疑書

令和　　年　　月　　日

阿波市　社会福祉課　あて

法 人 名
担当者名
電話番号
Ｆ Ａ Ｘ
ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

| 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９

令和　　年　　月　　日

# 辞退届

阿波市長職務代理者　阿波市副市長　あて

所在地

法人名

代表者　　印

業務等の名称　　阿波市障がい者基幹相談支援センター運営業務（その２）

　本募集要項に等に基づき、参加申込書兼誓約書を提出しましたが、辞退しますのでお届けします。