

## 応募書類一覧 【特別養護老人ホーム（既存施設に併設する短期入所生活介護からの転換）用】

書類番号	書類の種類	様式	備考	チェック
1	提案書	様式1		<input type="checkbox"/>
2	事業計画書	様式2-G		<input type="checkbox"/>
4	資金計画書	様式4	事業所開設（転換）までに必要となる資金額の見込みとその確保手段について記入すること。	<input type="checkbox"/>
5	収支見込書	様式5	事業所開設（転換）後3年間の当該事業に係る収支見込みを記入すること。	<input type="checkbox"/>
6	位置図及び写真		住宅地図等で、事業予定地の位置・形状が明確に分かるものとし、予定地をマーカー等で色づけすること。また、事業予定地全体の写真及び周辺建物等の状況がわかる遠目の写真を添付すること。	<input type="checkbox"/>
8	施設の配置図、平面図、立面図		各図面には縮尺を記入すること。また、平面図には寸法及び各部屋（設備）ごとの面積を記入すること。	<input type="checkbox"/>
10	応募者の定款、寄附行為等及び登記事項証明書		社会福祉法人を新設予定の場合は、予定内容を記載すること。	<input type="checkbox"/>
11	役員等名簿	様式6	社会福祉法人を新設予定の場合は、予定内容を記載すること。	<input type="checkbox"/>
12	法人事業実績書	様式7	社会福祉法人を新設予定の場合は、不要とする。	<input type="checkbox"/>
13	法人決算書		最新年度を含む過去3年間の決算状況及び法人としての今後の見通しを記載したもの（任意様式）を添付すること。 社会福祉法人を新設予定の場合は、不要とする。	<input type="checkbox"/>
14	盛岡市に納めるべき法人市民税、固定資産税、軽自動車税に滞納がないことがわかる書類		平成25年度から平成29年度までに盛岡市に左記の税を納めたことがわかる書類。納付義務がない場合は、その旨を法人代表印を押印した任意様式に記載すること。	<input type="checkbox"/>
15	人員配置計画書	様式8 様式9 様式10		<input type="checkbox"/>

## 備考

- 1 様式を示していない書類については、任意のものを提出してください。
- 2 募集G【特別養護老人ホーム（既存施設に併設する短期入所生活介護からの転換）用】については、次により書類を提出してください。
  - (1) 提出書類から除くもの
    - 書類番号 3 土地・建物に係る関係部署との協議状況調書
    - 7 開設予定地の登記事項証明書又は賃貸借契約書その他使用権限を確認できる書類
    - 9 工程表
  - (2) 明確に区分し、又は置き換えて提出するもの
    - 書類番号 8 施設の配置図、平面図、立面図  
平面図には、寸法及び各部屋（設備）ごとの面積を記入するほか、従来からの本体施設及び併設の短期入所生活介護並びに転換を希望する居室のそれぞれを、明確に区分し、表示すること。
    - 書類番号15 人員配置計画書  
（参考様式1）従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表に置き換えて、かつ、本体施設及び併設の短期入所生活介護のいずれも、転換後の職員の配置予定がわかるものとする。

# 提 案 書

平成 年 月 日

盛岡市長様

所在地 \_\_\_\_\_

法人等名称 \_\_\_\_\_

代表者職氏名 \_\_\_\_\_ 印

盛岡市高齢者保健福祉計画・第7期介護保険事業計画に基づく介護施設等の設置及び運営事業者候補者募集要項に基づき、下記のとおり提案します。

また、募集要項に記載された内容を十分に理解した上で提案することを誓約します。

記

## 1 提案内容

施設等の種別	募集	G	【特別養護老人ホーム（既存施設に併設する短期入所生活介護からの転換）用】
事業所の名称(仮称)			
事業所の所在地(予定地)			
事業所の転換(予定)年月日			

## 2 事業内容

添付書類のとおり。

担当者職氏名

電話番号

Eメール

事業計画書【特別養護老人ホーム（既存施設に併設する短期入所生活介護からの転換）用】

1	設置者	法人等名称	
		所在地	
2	施設等種別	募集	G 特別養護老人ホーム（既存施設に併設する短期入所生活介護からの転換）
3	事業所	名称	既存本体施設 併設短期入所生活介護
		所在地	盛岡市
4	開設年月日	（新設による指定年月日又は増床による変更年月日を記入してください。）	
5	現行の床数	ユニット型 床（ ユニット）	ユニット型 床（ ユニット）
		従来型個室 床	従来型個室 床
		多床室 床	多床室 床
6	転換希望床数	（新設による指定年月日又は増床による変更年月日を記入してください。）	
		ユニット型 床（ ユニット）	ユニット型 床（ ユニット）
		従来型個室 床	従来型個室 床
7	転換後の床数	ユニット型 床（ ユニット）	ユニット型 床（ ユニット）
		従来型個室 床	従来型個室 床
		多床室 床	多床室 床
8	転換を希望する理由		
9	併設短期入所生活介護の減少に伴う対応等		
10	併設短期入所生活介護の1日の平均利用者数	人	
11	併設短期入所生活介護の開設時の補助金	あり	（「あり」の場合は、その内容を記載してください。）
		なし	

※ 全体が表示されるように、必要に応じ行の高さを調整してください。別紙を使用しても構いません。

## 資 金 計 画 書

1 建築の形態（単独 / 併設・合築の状況） ○をつけてください。

施設種別	延床面積	割合
(本体施設)	m <sup>2</sup>	%
(併設施設)	m <sup>2</sup>	%
計	m <sup>2</sup>	%

2 設置（転換）に係る総事業費（併設施設がない場合は、「全体事業費」欄のみ記入）

(1) 事業費内訳

(単位：千円)

	全体事業費	うち本体施設分 (併設の場合)	備 考
土地取得関係費			
内 訳	土地購入費		
	土地権利費（敷金等）		
	その他		
	建物建設関係費		
内 訳	建築費（改修費を含む。）		
	設計費		
	外構工事費		
	造成工事費		
	その他		
	その他費用		
内 訳	物品・備品購入費		
	運転資金（3か月分）		
	その他		
事業費計			

(2) 財源内訳

(単位：千円)

	全体事業費	うち本体施設分 (併設の場合)	備 考
自己資金			
内 訳	法人預金		
	その他（                    ）		
補助金			補助金が不交付の場合は、 ○○を増額予定
借入金（元金を記入）			償還計画は、別紙のとおり。
その他			
内 訳	寄付金		
	出資金		
	その他（                    ）		
財源計			



## 収 支 見 込 書

**1年目** (自)平成 年 月 日 (至)平成 年 月 日      ※ 開設(転換)日から12か月後まで  
**2年目** (自)平成 年 月 日 (至)平成 年 月 日  
**3年目** (自)平成 年 月 日 (至)平成 年 月 日

(単位:円)

		予 算 額			備 考	
		1年目	2年目	3年目		
収 入	介護保険サービス費					
	利用料	居住費(家賃)				
		食費				
		水道光熱費				
		その他利用料				
	その他の収入					
収入計 (A)						
支 出	人件費					
	地代・家賃					
	設備費・営繕費					
	食材料費					
	水道光熱費					
	消耗品費					
	その他事業費・事務費					
	借入金返済(元金)					
	借入金返済(利子)					
	その他の支出					
	支出計 (B)					
収支差額 (A-B)						

入所者又は利用者の標準月額 (単位:円)

		標準月額	うち利用者負担額
内 訳	計		
	介護保険サービス費		
	居住費		
	食費		
	水道光熱費		
	その他利用料		

計画において想定する入所者又は利用者の1か月当たりの標準的な金額を記入してください。

※ 入所者又は利用者の割合及び平均介護度は、次により見込むこと。

A	【特別養護老人ホーム(既存施設の増床)用】	1年目:85%以下, 2年目:95%以下, 3年目:95%以下	要介護4
B	【介護老人保健施設用】	1年目:85%以下, 2年目:95%以下, 3年目:95%以下	要介護3
C	【認知症対応型共同生活介護用】	1年目:85%以下, 2年目:95%以下, 3年目:95%以下	要介護3
D	【小規模多機能型居宅介護用】	1年目:70%以下, 2年目:80%以下, 3年目:90%以下	要介護3
E	【看護小規模多機能型居宅介護用】	1年目:70%以下, 2年目:80%以下, 3年目:90%以下	要介護3
F	【特定施設入居者生活介護用】	任意とする。	任意とする。
G	【特別養護老人ホーム(既存施設に併設する短期入所生活介護からの転換)用】	1年目:85%以下, 2年目:95%以下, 3年目:95%以下	要介護4

## 役員等名簿

	役職	氏名	よみがな	生年月日	住所
1	例) 理事長	盛岡 一郎	もりおか いちろう	昭和20年12月2日	盛岡市内丸12番3号
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					

**備考**

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、執行役又はこれらと同等の支配力を有すると認められる者を含む。）について記入してください。

新規法人を設立する場合は、予定者を記入してください。

様式7

## 法人事業実績書

### 1 介護保険サービス提供事業所

事業種別	施設等名称	所在地	事業所番号	指定年月日	定員	併設事業所	過去3年間の改善指導等の有無	左が有りの場合の改善措置の有無
(記載例) 認知症対応型共同生活介護	グループホーム〇〇	盛岡市内丸12番1号	31050000	H23.1.1	2ユニット 18名		有り	有り

※休止中の事業所も記載してください。

### 2 その他の事業所

事業種別	施設等名称	所在地	定員	併設事業所

※記入欄が足りない場合は、適宜追加してください。



