**申込意向確認書**

**【別紙１】**

令和　　年　　月　　日

（宛先）今治市長

 所在地

 法人名

 代表者名 印

 **１　応募予定整備計画の概要**

|  |  |
| --- | --- |
| 整備希望数及び方法 | 整備希望数に☑の上、カッコ内の該当する整備方法に○を入れてください。□ １ユニット定員 ９人（ 新設 ・ 増床 ・ サテライト開設 ）□ ２ユニット定員18人（ 新設 ・ 増床 ・ サテライト開設 ） |
| 既設ユニット数 |  |
| 整備予定地 | 今治市 |
| 日常生活圏域 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　圏域 |
| 敷地の所有関係 | □借地 　　　 □ 自己所有 　 　□ 買収予定 |
| 都市計画法の規制 | □都市計画区域内（□市街化区域　□市街化調整区域）□都市計画区域外 |
| 用途地域 |  |
| 農振法の規制 | 農用地区域（ □ 内 　・　　□ 外 ） |
| 農地法の規制 | □甲種農地　□第１種農地　□第２種農地　□第３種農地 |
| 土砂災害防止法 | □　警戒区域内　　・　□　警戒区域外 |

※　整備予定地の位置図・公図を添付してください。

※　該当箇所にチェックを入れてください。記載内容は、現時点での予定を記入してください。

**２　担当者連絡先**

|  |  |
| --- | --- |
| 所属・担当者名 |  |
| ＴＥＬ／ＦＡＸ |  |
| Ｅメール |  |

※　整備予定地及び担当者に変更があれば連絡してください。

**【申込意向確認書の提出期限】　　令和３年８月31日（火）午後５時まで**

令和　　年　　月　　日

**【別紙２】**

**辞　　退　　届**

　（宛先）今治市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　法　人　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　 　　　　印

　令和　　年　　月　　日付けで認知症高齢者グループホーム整備事業者の公募申込書を提出しましたが、下記の理由により辞退しますので届け出ます。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 整備予定地 |  |
| 辞退する理由 |  |

今治市　高齢介護課　宛（FAX：0898－34－5077）

**【別紙３】**

（Ｅmail：kourei@imabari-city.jp）

令和　　年　　月　　日

**事業者募集に関する質問票**

　「令和３年度認知症高齢者グループホーム（認知症対応型共同生活介護）整備事業者公募要項」について、次のとおり質問票を提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 所在地 |  |
| 所属・担当者名 |  |
| 連絡先 | ＴＥＬ：ＦＡＸ：Ｅメール： |

|  |  |
| --- | --- |
| 公募要項での該当項目 | ページ：該当箇所：　　　　　　　　行目　～　　　　　行目　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 質問内容 |  |

※　内容によっては、個別に又はＱ＆Ａとして回答する予定です。

**【質問の受付期間】**

**令和３年７月１日（木）～8月30日（月）午後５時まで**

令和　　年　　月　　日

**【様式１】**

　　（宛先）今治市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 代表者名　 　　　　　　　　印

**令和３年度認知症高齢者グループホーム整備事業者公募申込書**

　令和３年度認知症高齢者グループホーム整備事業者の公募について、下記のとおり応募します。

記

**１　整備計画**

|  |  |
| --- | --- |
| 整備予定地 | 今治市　日常生活圏域： |
| 整備希望数及び方法 | 事業開始予定年月日 |
| □ １ユニット定員 ９人（ 新設 ・ 増床 ・ サテライト開設 ） | 　　年　　月　　日 |
| □ ２ユニット定員18人（ 新設 ・ 増床 ・ サテライト開設 ） | 　　年　　月　　日 |

※ 該当するものに☑をして、該当する整備方法に○を入れてください。

**２　提出書類**

　　　応募に係る提出書類一覧のとおり

**３　担当者連絡先**

|  |  |
| --- | --- |
| 所属・担当者名 |  |
| ＴＥＬ／ＦＡＸ |  |
| Ｅメール |  |

**【公募申込書の受付期間】**

**申込意向確認書受理後　～　９月30日（木）午後５時まで**

**【様式２】**

令和　　年　　月　　日

**誓　　約　　書**

　（宛先）今治市長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所　在　地

　法　人　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　 　　　　印

令和３年度認知症高齢者グループホーム整備事業者の公募申込にあたり、認知症高齢者グループホーム（認知症対応型共同生活介護）整備事業者公募要項の「３(２)応募資格」に定める欠格事項に該当しないこと及び応募書類に虚偽の記載がないことを誓います。

また、整備事業者に選定されない場合でも、一切異議申し立てはいたしません。

**事業計画書**

**【様式３】**

**１　　運営主体について**

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |
| 法人所在地 | 〒　　 |
| 法人代表者 |  |
| 法人種別 | □社会福祉法人　　　　□医療法人　　　□ＮＰＯ法人□株式会社・有限会社　□その他（　　　　　　　　　　） |
| 法人の理念・姿勢 | ・介護保険事業を営む事業者としての基本理念・経営理念について |
| 事業実績 | ・介護保険事業又は保健福祉関係の事業の実績について |

**２　　事業の目的及び運営方針について**

|  |
| --- |
| （１）事業応募の動機について |
| （２）目指している地域密着型サービスのあり方と具体的な取組について |
| （３）認知症高齢者の現状と課題に関する事業者としての考え方について |

**３　　施設の整備計画について**

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名（仮称） |  |
| 整備予定地 | 　今治市日常生活圏域： |
| 立地場所の特徴 | ・住み慣れた地域、住宅地や利便性など周辺環境・敷地の特徴などについて |
| 都市計画法の規制 | □都市計画区域内（□市街化区域・□市街化調整区域）□都市計画区域外 |
| 農振法の規制 | 農用地区域（ □ 内 ・　 □ 外 ） |
| 農地法の規制 | □甲種農地　□第１種農地　□第２種農地　□第３種農地 |
| 敷地面積 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㎡ |
| 建ぺい率 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　％ |
| 敷地の所有関係 | □自己所有　・　 □賃貸（　　 年）　・　□買収（予定）の別 |
| 抵当権 | □あり　　　・　　　□なし |
| 建築面積 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㎡ |
| 延床面積 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㎡ |
| 整備構造 | 　　（　　　　　　　　　）造（　　　　　　　）階建 |
| 整備区分 | □創設　・　□改築　・　□改修　・　□その他（　　　）の別 |
| 建物の所有関係 | □自己所有　・　□賃貸（ 　　年）　・　□買収（予定）の別 |
| 併設施設 | □あり（　　　　　　　　　　　　　　　　） ・ □なし |
| 着工／竣工 | 　　年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日（予定） |
| 建物の特徴 | 施設のハード・ソフト面での特徴について |
| 家庭的な雰囲気を取り入れるための工夫について |
| 非常災害対策について |

**４　　利用者について**

|  |
| --- |
| （１）利用者の生きがいづくりに対する基本的な考え方と具体的な取組について |
| （２）認知症高齢者ケアに対する基本的な考え方と具体的な取組について |
| （３）個別ケアの実現のためのユニットケアに対する考え方と具体的な取組について |
| （４）ターミナルケアに対する基本的な考え方と具体的な取組について |
| （５）質の高いサービスを提供し続けるための基本的な考え方と具体的な取組について |
| （６）苦情に対する解決の体制に対する基本的な考え方と具体的な取組について |
| （７）利用者保護対策（事故発生時の対応、衛生管理等の対策、非常災害対策）の基本的な考え方と具体的な取組について・事故発生時の対応・衛生管理（感染症対策含む）・非常災害対策 |
| （８）利用者への人権・尊厳（身体拘束廃止など）に対する基本的な考えと具体的な取組について |

**５　　職員について**

|  |  |
| --- | --- |
| ＜管理者＞氏名 生年月日　 年 月 日  | 専任 ・ 兼務（　　　　　　　　　　） |
| 資格 |
|  |
|  |
|  |
| 認知症高齢者のケアの経験年数（ 年 か月） |
| 認知症介護に関する研修の受講歴 認知症対応型サービス事業管理者研修 年受講済 未受講認知症介護実践者研修 年受講済 未受講上記の研修のほかに受講した研修等 |
|  |
|  |
| 主　な　経　歴　等 |
| 年　月　～　年　月 | 勤務先等 | 職務内容 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| ＜計画作成担当者＞氏名 生年月日　 年 月 日  | 専任 ・ 兼務（　　　　　　　　　　） |
| 資格 |
|  |
|  |
|  |
| 認知症高齢者のケアの経験年数（ 年 か月） |
| 認知症介護に関する研修の受講歴 認知症対応型サービス事業管理者研修 年受講済 未受講認知症介護実践者研修 年受講済 未受講上記の研修のほかに受講した研修等 |
|  |
|  |
| 主　な　経　歴　等 |
| 年　月　～　年　月 | 勤務先等 | 職務内容 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ＜計画作成担当者＞氏名 生年月日　 年 月 日  | 専任 ・ 兼務（　　　　　　　　　　） |
| 資格 |
|  |
|  |
|  |
| 認知症高齢者のケアの経験年数（ 年 か月） |
| 認知症介護に関する研修の受講歴 認知症対応型サービス事業管理者研修 年受講済 未受講認知症介護実践者研修 年受講済 未受講上記の研修のほかに受講した研修等 |
|  |
|  |
| 主　な　経　歴　等 |
| 年　月　～　年　月 | 勤務先等 | 職務内容 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| 人材の確保 | 職員の人材確保、また離職率を低くするための具体的方策について |
| 職員の育成及び職場環境の整備 | 研修等を通じた職員の育成及び、職場環境づくりについて |

**６　　運営について**

|  |
| --- |
| （１）地域との連携について（開設に向けての地域住民への理解を得るための方策） |
| （２）地域との交流（具体的な方法）について |
| （３）地域貢献への具体的な方策について（地域包括ケアシステムの中で果たす役割等） |
| （４）利用料金の設定について（居住費・食材料費等の設定方法をどのように考えているか） |
| （５）協力医療機関等との連携体制の確保について（具体的な連携をどのように考えているか） 　・協力医療機関名　　（ ）　　 ・協力歯科医療機関名（　　　　　　　　　　　　　　　） |

**７　　総合評価**

|  |  |
| --- | --- |
| １～６の各項目以外に評価すべき事項 |  |

**【参考様式１】**

令和　　年　　月　　日

同　　意　　書

（法人名）

（代表者）　　　　　　　　　様

住所

氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

　（　法　人　名　）が、下記の土地に認知症高齢者グループホームを建設することについて同意いたします。

ただし、同法人が今治市認知症高齢者グループホーム整備事業者公募に応募し、整備事業者として決定されることを条件とします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 整備予定地 | 地目 | 地積 |
| 今治市 |  | ㎡ |
| 　　　　 |  |  |
|  |  |  |

関係機関との協議書

**【参考様式２】**

１　土地利用関係

　土地利用に関して関係部局との協議が必要な場合は、その協議内容について概要をご記入ください。（都市計画法、農振法、農地法、その他土地利用に関する法律との関係において建設に支障がないと確認できるもの）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日時 | 相談・協議相手（機関名・課名・担当者名） | 相談・協議の概要（各種法令の適用状況、指導の内容等） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

２　建築基準関係

建築に関して、建築基準法、消防法その他の各種法令の適用状況及び指導の概要などをご記入ください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日時 | 相談・協議相手（機関名・課名・担当者名） | 相談・協議の概要（各種法令の適用状況、指導の内容等） |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |