

様式 1

豊川市短期集中通所サービス業務委託事業者応募申請書兼誓約書

年 月 日

豊川市長

申請者 所在地  
 名称  
 代表者氏名  
 電話番号

豊川市短期集中通所サービス事業業務委託に関する募集要項の趣旨を理解し、下記のとおり応募します。

なお、募集要項に定める応募資格要件を全て満たすことを誓約するとともに、豊川市が必要と認める場合には、その内容に関して関係機関に照会することを承諾します。

記

応募団体	介護事業所番号 ※事業所番号がない場合は空欄とする												
	団体名 (法人名)												
	団体区分	社会福祉法人 医療法人 株式会社 特定非営利活動法人 その他 ( )											
	所在地	〒											
	設立年月日	年 月 日						従業員数		人			
	主な業務内容												
	担当部署												
	担当者氏名												
	連絡先	TEL:						FAX:					
	E-mail:												
受入予定 人数・履行 場所など	受入予定人数	人											
	履行場所	1. 確保済み						2. 確保予定					
	予定履行場所 (施設名称・ 所在地・広 さ)												

様式 2

豊川市短期集中通所サービス事業者応募内容確認書

1. 介護予防に対する基本的な考え方

- (1) 短期集中通所サービスに取り組む上での基本方針  
(介護保険制度、社会の動向等をふまえた考え方)

--

- (2) 上記基本方針を実行するための具体策  
(事業展開計画、従事者への指導・研修等)

--

- (3) 過去に行った介護予防の取組実績

--

2. 実施体制等

- (1) 従事予定者

氏名	資格	従事するサービス
		通所・訪問・両方
		通所・訪問・両方
		通所・訪問・両方

※未定の場合は、予定している資格・経験について記載

※必要に応じて枠を追加すること

- (2) 送迎体制

なし ・ あり (使用する移動手段、運用方法、範囲等を記載すること。)
-------------------------------------

- (3) 通所型サービスの実施方法等

※通所型サービスの具体的な実施方法を記載すること。特に、他の介護保険事業と同時に実施する場合は当該事業について記載してください。
--

- (4) 訪問による支援の実施方法等

※訪問による支援の具体的な実施方法を記載すること。訪問による支援に類似する取組実績がある場合は当該実績について記載してください。
--

- (5) 傷害保険

加入予定 ・ 事業者として既加入の保険を適用 ・ その他 ( )
----------------------------------