**仙台市障害者基幹相談支援センター事業受託候補者**

募集要項等に関する質問書

|  |  |
| --- | --- |
|  | 質　　問　　事　　項 |
| １ |  |
| ２ |  |
| ３ |  |
| ４ |  |
| ５ |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　法　　人　　名

　　　　　　　　　担当者職・氏名

　　　　　　　　　連絡先電話番号

　　　　　　　　　ＦＡＸ番号

**仙台市障害者基幹相談支援センター事業　受託候補者選定**

提出書類一覧表

１．参加表明（提出期限：令和6年6月21日）【各一部】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 書類№ | 書　類　の　名　称 | 提出あたっての注意事項 | 提出確認 |
| １ | 提出書類一覧表（本用紙） | 実際に提出する書類の「提出確認」欄に「○」をすること |  |
| ２ | 参加表明書（様式第１号） |  |  |
| ３ | 履歴事項全部証明書 | ・３ヵ月以内に発行されたもの |  |
| ４ | 法人全体の決算書類の写し | ・直近３ヵ年度分（令和３～５年度）  ・財務諸表等の資産や負債の状況，資金収支等が分かるもの |  |
| ５ | 市税の滞納がないことの証明書 |  |  |
| ６ | 事業者概要書（様式第２号） |  |  |
| ７ | 暴力団排除に係る誓約書（様式第３号） |  |  |
| ８ | 実施体制表（様式第４号） |  |  |
| ９ | 委任状（企業連合用）、企業連合協定書  企業連合届出書（様式第５号） | ・企業連合で参加する場合のみ提出すること |  |

２．企画提案書の提出（提出期限：令和6年6月28日）【正本1部，副本7部】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 書類№ | 書　類　の　名　称 | 提出あたっての注意事項 |
| １ | 企画提案書（様式第６号） | ・A4版で様式自由とする  ・表紙や目次を除き，20ページ（両面印刷で 10枚）を上限として，簡潔かつ明瞭に記述すること。なお，文字の大きさに規定は設けないが，見やすさに配慮すること  ・仙台市障害者基幹相談支援センター事業企画提案書作成要領に沿って記載すること |
| ２ | 見積書 | ・A4判で様式自由とする  ・準備業務と運営業務を分けて記載すること |

（様式第１号）

令和　　年　　月　　日

（あて先）仙台市健康福祉局長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

法人・団体名

代表者職氏名

　　　　　※企業連合で参加する場合は、代表事業者の名称を並記し、代表者名を記入してください。

**仙台市障害者基幹相談支援センター事業提案　参加表明書**

　「仙台市障害者基幹相談支援センター事業」の提案に参加したいので、関係書類を添えて提出します。

また、募集要領に定められた参加資格要件を満たすこと、及び提出書類のすべての記載事項は事実と相違ないことを誓約します。

【担当者名】

|  |  |
| --- | --- |
| 所属・役職 |  |
| 氏 名 |  |
| 電 話 |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |

（様式第２号）

**事　業　者　概　要　書**

１．事業所概要

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名 |  | | |
| 所在地 |  | | |
| 代表者 |  | 創立年 |  |
| 資本金 |  | 従業員数 |  |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| 担当者名 |  | | |
| 主な業務内容 |  | | |

２．指定特定（一般）相談支援事業所の設置状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業所の名称 |  | | |
| 提供するサービス | 計画相談支援　　障害児相談支援　　地域相談支援（地域移行・地域定着支援）  ※該当するものをチェック | | |
| 所在地 |  | | |
| 初回指定年月日 | 年　　　月　　　日 | 従事者数（相談員の常勤換算数） | 常勤換算　　　名 |
| 契約者数及び  障害児者の内訳 | 契約者数　　　名（内訳：障害者　　　名　／　障害児　　　名） | | |
| 契約者の主たる  障害種別の内訳 | 身体障害　　　　名　／　知的障害　　　　名　／　精神障害　　　　名 | | |
| 契約者の内、専門的支援を要する者 ※2 | 重症心身障害　　　　　名　／　医療的ケア　　　　　　名　／　難病　　　　名  高次脳機能障害　　　　名　／　強度行動障害　　　　　名 | | |
| 加算の算定状況 | 機能強化体制加算(Ⅰ)　　 機能強化体制加算(Ⅱ)  機能強化体制加算(Ⅲ) 機能強化体制加算(Ⅳ)　　　※該当するものをチェック | | |
| 行動障害支援体制加算　要医療児者支援加算　　精神障害者支援体制加算  ※(Ⅰ)(Ⅱ)の種別は問わず、該当するものをチェック | | |
| 基幹相談支援センターが実施する  研修等への参加 | 相談支援従事者人材育成セミナー（令和４年度）　全５回中　　　　回参加  合同事例検討会（令和５年度）　　　　　　　　　全５回中　　　　回参加  ※該当するものをチェック | | |

※1 複数の事業所を設置している場合には、記載欄を追加すること

※2 専門的支援を要する者の定義

①　重症心身障害

重度または最重度の知的障害があり、かつ、下肢・体幹・移動機能のうちいずれかの障害の等級が１級又は２級の身体障害者手帳の交付を受けた者。ただし、重度または最重度の知的障害があり、かつ歩行不可であって、当該障害者又は障害児の障害の程度が重症心身障害者又は重症心身障害児と同等であると市長が認めた場合もこれに含む。

②　医療的ケア

日常生活及び社会生活を営むために、恒常的に、人工呼吸器による呼吸管理、喀痰吸引その他の医療行為を必要とする者。

③　難病

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）の対象となる疾病に罹患する者。

④　高次脳機能障害

　医師から当該診断を受けている者。

⑤　強度行動障害

計画相談支援費において行動障害支援体制加算（Ⅰ）の対象となる状態像※3であること。

※3　障害者：支援対象者が障害支援区分3以上に該当しており、かつ、行動関連項目合計点数が10点以上である者

　　障害児： 強度行動障害判定表20点以上である者

（様式第３号）

暴力団排除に係る誓約書

　令和　　年　　月　　日

（あて先）

仙 台 市 健 康 福 祉 局 長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　法人・団体名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　印

　仙台市暴力団排除条例第６条の規定に基づき，暴力団等との関係を有していないことを誓約します。また，説明を求められた際には誠実に対応いたします。

（様式第４号）

**仙台市基幹相談支援センター事業実施体制表**

仙台市基幹相談支援センター事業の実施体制について記載してください。

１．人員体制

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 予定する従事者の合計人数 | | 名 |
| (内訳） | ア）管理者 | 名 |
| イ）従事者 | 名 |

２．従事予定者の資格等

　ア　管理者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 現在の所属 |  |
| 仙台市障害者基幹相談支援センターにおける勤務形態（予定） | □常勤専従　　□兼務（週　　時間勤務） | 現在の役職 |  |
| 有する資格 | 主任相談支援専門員 | 資格取得年度：　　　　年度 | |
| 相談支援専門員 | 資格取得年度：　　　　年度 | |
| 社会福祉士 | 資格取得年度：　　　　年度 | |
| 精神保健福祉士 | 資格取得年度：　　　　年度 | |
| 保健師 | 資格取得年度：　　　　年度 | |
| その他の福祉関連の資格 | 資格取得年度：　　　　年度 | |
| 相談支援業務  の実務経験 | 年　　月～　　　　年　　月 | 所属： | |
| 年　　月～　　　　年　　月 | 所属： | |

　イ　従事者（３名以上）

＜１人目＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 現在の所属 |  |
| 仙台市障害者基幹相談支援センターにおける勤務形態（予定） | □常勤専従　　□兼務（週　　時間勤務） | 現在の役職 |  |
| 有する資格 | 主任相談支援専門員 | 資格取得年度：　　　　年度 | |
| 相談支援専門員 | 資格取得年度：　　　　年度 | |
| 社会福祉士 | 資格取得年度：　　　　年度 | |
| 精神保健福祉士 | 資格取得年度：　　　　年度 | |
| 保健師 | 資格取得年度：　　　　年度 | |
| その他の福祉関連の資格 | 資格取得年度：　　　　年度 | |
| 相談支援業務  の実務経験 | 年　　月～　　　　年　　月 | 所属： | |
| 年　　月～　　　　年　　月 | 所属： | |

＜２人目＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 現在の所属 |  |
| 仙台市障害者基幹相談支援センターにおける勤務形態（予定） | □常勤専従　　□兼務（週　　時間勤務） | 現在の役職 |  |
| 有する資格 | 主任相談支援専門員 | 資格取得年度：　　　　年度 | |
| 相談支援専門員 | 資格取得年度：　　　　年度 | |
| 社会福祉士 | 資格取得年度：　　　　年度 | |
| 精神保健福祉士 | 資格取得年度：　　　　年度 | |
| 保健師 | 資格取得年度：　　　　年度 | |
| その他の福祉関連の資格 | 資格取得年度：　　　　年度 | |
| 相談支援業務  の実務経験 | 年　　月～　　　　年　　月 | 所属： | |
| 年　　月～　　　　年　　月 | 所属： | |

＜３人目＞

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 現在の所属 |  |
| 仙台市障害者基幹相談支援センターにおける勤務形態（予定） | □常勤専従　　□兼務（週　　時間勤務） | 現在の役職 |  |
| 有する資格 | 主任相談支援専門員 | 資格取得年度：　　　　年度 | |
| 相談支援専門員 | 資格取得年度：　　　　年度 | |
| 社会福祉士 | 資格取得年度：　　　　年度 | |
| 精神保健福祉士 | 資格取得年度：　　　　年度 | |
| 保健師 | 資格取得年度：　　　　年度 | |
| その他の福祉関連の資格 | 資格取得年度：　　　　年度 | |
| 相談支援業務  の実務経験 | 年　　月～　　　　年　　月 | 所属： | |
| 年　　月～　　　　年　　月 | 所属： | |

* 記載欄が不足する場合には、適宜記載欄を追加すること
* 受託後に採用する人員については、記載不要とする

３．欠員が生じた場合の貴法人内での人員確保の方法について記載してください。

|  |
| --- |
|  |

（様式第５－１号）

（代表構成員以外の構成員から代表構成員への委任用）

令和　　年　　月　　日

委任状（企業連合用）

健康福祉局長　宛

委任者　住所（所在地）

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

委任者　住所（所在地）

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　私は、（代表構成員の商号又は名称）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　を

代表構成員と定め、 （件名）仙台市障害者基幹相談支援センター事業業務委託に関し、下記の権限を委任します。

記

１　発注者と折衝する件

２　見積及び契約締結並びに本業務に係る業務委託料の請求及び受領に関する件

３　復代理人の選任に関する件

４　企業連合に属する財産を管理する件

５　その他業務の遂行に関して必要となる一切の事項を執行する権限

６　委任期間

令和　　年　　月　　日から　当該契約に係る事務手続が完了する日まで

（様式第５－２号）

企　業　連　合　協　定　書

（目的）

第１条　当企業連合は、仙台市障害者基幹相談支援センター事業業務（以下「本業務」という。）を連帯して遂行することを目的とする。

（名称）

第２条　当企業連合は、　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　と称する。

（事業所の所在地）

第３条　当企業連合は、　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　に事務所を置く。

（構成員の名称）

第４条　当企業連合を構成する者（以下「構成員」という。）は、次のとおりとする。

（１）　名称

（２）　名称

（３）　名称

（成立の時期及び解散の時期）

第５条　当企業連合は，令和　　年　　月　　日に成立し、その存続期間は本業務の委託契約に係る一切の事務手続が完了する日までとする。

２　前項の期間は、構成員全員の同意を得て、これを延長することができる。

（構成員の代表者）

第６条　当企業連合において受注者は、構成員を代表する者（以下「代表構成員」という。）とする。

（代表構成員の権限）

第７条　代表構成員は、本業務の遂行に関し、当企業連合を代表して次の権限を有するものとする。

（１）　発注者と折衝する権限

（２）　代表構成員の名義をもって見積り及び契約締結、本業務に係る業務委託料の請求及び受領をすることに関する権限

（３）　見積及び本業務に係る業務委託料の受領に関する復代理人の選任についての権限

（４）　当企業連合に属する財産を管理する権限

（５）　その他本業務の遂行に関して必要となる一切の事項を執行する権限

（秘密の保持）

第８条　本業務に係る業務委託契約書（以下「契約書」という。）第５条における秘密の保持に関する規定の遵守について、構成員は連帯して責任を負う。

（個人情報の保護）

第９条　契約書第６条の個人情報の保護に関する規定の遵守について、構成員は連帯して責任を負う。

（再委託の禁止）

第１０条　契約書第７条における再委託の禁止に関する規定の遵守について、構成員は連帯して責任を負う。

（運営委員会）

第１１条　当企業連合は、構成員全員からなる運営委員会を設置し、本業務の遂行に関する協議を行うものとする。

（業務分担額）

第１２条　各構成員の本業務に係る業務の分担（以下「分担業務」という。）及び当該業務の分担に応じた分担額（以下「業務分担額」という。）については、運営委員会で定めるものとする。

（構成員の責任）

第１３条　代表構成員及び構成員は、各々の分担業務の進捗を図り、本業務を遂行するとともに連帯して責任を負うものとする。

（必要経費の分配）

第１４条　本業務の遂行にあたり必要とする経費は、運営委員会で定めるものとする。

（構成員相互間の責任の分担）

第１５条　構成員がその分担業務の遂行において、発注者及び第三者に対して与えた損害は、当該構成員がその損害を賠償する責任を負う。

２　分担業務の遂行において、構成員が他の構成員に損害を与えた場合には、運営委員会において協議し損害の賠償の負担について決定する。

（権利義務の譲渡の権限）

第１６条　当企業連合は、発注者の承認がなければ、この協定書に基づく権利義務を第三者に譲渡することはできない。

（委託契約の履行中における構成員の脱退等に対する措置）

第１７条　構成員は、発注者及び構成員全員の承認がなければ、当企業連合が本業務の委託契約に係る一切の事務手続を完了する日までは脱退することができない。

２　構成員のうち、本業務の遂行の途中において前項の規定により脱退した者がある場合、残された構成員は連帯して当該構成員の分担業務の遂行の責任を負うものとし、発注者の指示に従い本業務の遂行を完了するものとする。

３　発注者及び構成員全員の承認がなければ、当企業連合に新たに構成員が加わることはできない。

４　第２項の規定により新たに生じた費用の分担については、運営委員会で定めるものとする。

（委託契約の履行中における構成員の破産又は解散に対する措置）

第１８条　構成員（代表構成員を除く。）のうち、本業務の遂行の途中において破産又は解散した者がある場合、残された構成員は連帯して当該構成員の分担業務の遂行の責任を負うものとし、運営委員会において業務の分担等を変更し、本業務を遂行するものとする。

２　代表構成員が委託契約の履行期間内において破産又は解散した場合には、発注者は契約を解除することができるものとする。この場合にあっては、発注者は必要に応じて損害賠償の請求を行うことができる。

３　第１項の場合においては、前条第４項の規定を準用する。

（解散後の瑕疵担保責任）

第１９条　当企業連合が解散した後において、成果品につき瑕疵があったときは、構成員全員が連帯してその責任を負うものとする。

２　構成員のうち、本業務の遂行の途中において第１７条又は第１８条の規定により脱退した者がある場合、残された構成員が前項に規定する責任を負う。

（協定書に定めのない事項）

第２０条　この協定書に定めのない事項は、運営委員会において定めるものとし、本業務の委託契約の履行に関し特に必要がある事項については、発注者と協議のうえ決定するものとする。

上記のとおり、（代表構成員名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　他　　者は、（件名）仙台市障害者基幹相談支援センター事業業務委託に関する企業連合協定を締結したので、その証として本書　　通を作成し、構成員が記名押印のうえ、各自１通を保有する。なお、うち１通は仙台市提出分とする。

令和　　年　　月　　日

［代表構成員］　　住所（所在地）

（受注者）　　　商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

［構　成　員］　　住所（所在地）

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

住所（所在地）

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

（様式第５－３号）

企　業　連　合　届　出　書

企業連合の名称

|  |
| --- |
| 代表構成員 |
| （宛て先）健康福祉局長  令和６年５月２４日付けで公告のありました  仙台市障害者基幹相談支援センター事業業務に係る公募型プロポーザル方式について、本届出書記載のとおり合同で参加します。  なお、参加にあたっては、代表構成員として各構成員をとりまとめ、仙台市に対する公募型プロポーザル方式及び契約に伴う手続き並びに業務遂行に係る一切の責任を負うものとします。  令和　　年　　月　　日  住所（所在地）  商号又は氏名  代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 構成員　１ |
| （宛て先）健康福祉局長  令和６年５月２４日付けで公告のありました  仙台市障害者基幹相談支援センター事業業務に係る公募型プロポーザル方式について、本届出書記載のとおり合同で参加します。  なお、参加にあたっては、代表構成員と連帯して責任を負うものとします。  令和　　年　　月　　日  住所（所在地）  商号又は氏名  代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 構成員　２ |
| （宛て先）健康福祉局長  令和６年５月２４日付けで公告のありました  仙台市障害者基幹相談支援センター事業業務に係る公募型プロポーザル方式について、本届出書記載のとおり合同で参加します。  なお、参加にあたっては、代表構成員と連帯して責任を負うものとします。  令和　　年　　月　　日  住所（所在地）  商号又は氏名  代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 |