

## 第3号様式

年 月 日

(あて先) 浜松市長 中野祐介

所在地

団体名

申請者 代表者氏名

(署名又は記名押印をしてください)

担当者氏名

電話番号

### 指定管理者指定申請書

浜松市浜北障害者生活介護施設光の園の指定管理者の指定を受けたいので、浜松市指定管理者による公の施設の管理に関する条例第4条の規定により申請します。

#### 【提出書類】

- (1) 宣誓書及び同意書「第4号様式」
- (2) 役員等名簿「第4-2号様式」
- (3) 履歴事項全部証明書もしくは現在事項全部証明書
- (4) 定款、寄附行為、規約又はこれらに類する書類
- (5) 過去3年間の貸借対照表、損益計算書(収支計算書)、など経営状況のわかるもの
- (6) 設立趣旨、事業内容、パンフレット、事業実績等の概要がわかるもの
- (7) 法人税、消費税及び地方消費税の納税証明書「その3の3」  
直近2年間の法人事業税の納税証明書
- (8) 「市外に本店を有し、市内に営業所等を有する者」として応募する場合は、以下の書類
  - ①委任状(第4-3号様式)
  - ②法人市民税確定申告書(第20号様式)又は市町村民税の均等割申告書(第22の3号様式)の写し(提案書提出日直近の決算期で、本市の受付印があるもの)
- (9) 浜松市浜北障害者生活介護施設光の園指定管理者事業計画書「第5号様式」(全期間分)

第4号様式

年 月 日

(あて先) 浜松市長 中野祐介

所在地

団体名

申請者 代表者氏名

(署名又は記名押印をしてください)

宣誓書及び同意書

浜松市浜北障害者生活介護施設光の園の指定管理者の指定を申請するにあたり、下記の事項について宣誓及び同意します。

記

1 宣誓する内容

- (1) 浜松市指定管理者による公の施設の管理に関する条例第3条に規定する指定管理者となることができない法人等又は浜松市指定管理者制度の実施に関する基本指針（以下、「基本指針」という。）第8条に規定する指定管理者の申請者となることができない者（以下、「欠格者」という。）に該当しないこと
- (2) 浜松市浜北障害者生活介護施設光の園指定管理者募集要項に定める申請資格をすべて満たしていること
- (3) 添付書類の内容について事実と相違ないこと
- (4) 指定管理者の指定に係る議決の日（優先交渉権者以外の者にあつては、優先交渉権者の決定の日）までに欠格者に該当することとなったときは、直ちに浜松市に通知すること

2 同意する内容

- (1) 基本指針第8条第4号及び第5号に該当しないことを確認するため、「浜松市が行う事務事業からの暴力団の排除に関する合意書」に基づき、役員等名簿により、浜松市が静岡県警察本部又は管轄警察署に照会すること
- (2) 基本指針第6号に該当しないことを確認するため、申請者の浜松市税の納付又は納付状況について当該施設所管課が浜松市財務部収納対策課に照会すること

法人番号（13桁）														
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

※法人番号指定通知書等に記載のある法人番号を記入

※法人番号が無い場合は記載不要

## 役員等名簿

団体名 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_

役職名	(ふりがな) 氏名	生年月日	住所
代表者			

※役員とは、無限責任社員、取締役、執行役若しくは監査役又はこれらに準じるべき者、支配人及び清算人をいう。

※共同事業体で応募の場合は、構成するそれぞれの団体について提出してください。

# 委 任 状

(あて先) 浜松市長

年 月 日

受任者

住所

商号又は名称

役職名

代 表 者 氏 名

印

私は、上記の者を代理人と定め、浜松市との間における下記事項に関する権限を委任します。

## 委任事項

- 1 浜松市浜北障害者生活介護施設光の園の管理に関する基本協定の締結について
- 2 その他浜松市浜北障害者生活介護施設光の園の管理に関する基本協定の履行に関する一切の権限。

委任者

本社住所

商号又は名称

代表者職氏名

印

(あて先) 浜松市長

所在地

団体名

申請者 代表者氏名

## 提案資料の取扱いに関する回答書

提案資料の取扱いに関する確認について、次のとおり回答します。

対象案件 : 浜松市浜北障害者生活介護施設光の園の指定管理者の指定申請

上記対象案件に関する提案資料に、申請者の技術力やノウハウ等、公開又は公表することにより申請者の正当な利益を害する情報にあたると思われる部分が

・あります

・ありません

※「あります」と回答した場合

提案資料において申請者の正当な利益を害すると思われる部分は、別添のとおりです。

(あて先) 浜松市長

所在地  
団体名  
申請者 代表者氏名  
担当者氏名  
電話番号  
E-mail

### 募集要項等の内容に関する質問書

浜松市浜北障害者生活介護施設光の園指定管理者募集要項等について、以下のとおり質問事項を提出します。

項目	(募集要項又は資料名：ページ、項目)
内容	

(提出先)

浜松市健康福祉部障害者政策課 総務グループ 担当者：山本

電話：053-457-2034

メールアドレス：shougai-seisaku@city.hamamatsu.shizuoka.jp

## 指定管理者事業計画書

## 1 施設名、申請者名

施設名	浜松市浜北障害者生活介護施設光の園
申請者名	

## 2 施設の運営管理に係る基本方針

施設の運営方針	
事業の具体的取り組みについて	
施設の運営体制・職員の配置について	
適正な管理・モニタリングについて	
安全管理・緊急時への対応について	
市民サービスの向上について	
環境・地域等への配慮について	
団体の物的・財政的能力について	
施設の運営実績について	

地域住民や関係団体と連携した施設づくりについて	
各種認定等の有無	<p>※①高齢者活躍宣言事業所の認定、②消防団協力事業所の認定、③ワーク・ライフ・バランス等推進事業所の認証、④外国人材活躍宣言事業所の認定、⑤企業のCSR活動表彰（Star Prize制度マイスター認定事業所、優秀賞、特別賞又は市民協働奨励賞の受賞事業所）（以上、認定等主体浜松市）、⑥健康経営優良法人の認定（認定主体経済産業省）事業者を加点します。</p> <p>①～⑥の認定等取得事業者は、認定証等の写しを添付してください。</p>

### 3 管理施設の管理業務の実施計画

#### (1) 職員配置数

業務分類（職名）	令和9年度	令和10年度	令和11年度	業務内容
管理者	人	人	人	
サービス管理責任者	人	人	人	
生活指導員	人	人	人	
	(常勤) 人	(常勤) 人	(常勤) 人	
	(非常勤) 人	(非常勤) 人	(非常勤) 人	
看護師	人	人	人	
	人	人	人	
	人	人	人	
合 計	人	人	人	
	(常勤) 人	(常勤) 人	(常勤) 人	
	(非常勤) 人	(非常勤) 人	(非常勤) 人	

※業務分類は例示です。適宜、追加・変更してください。

#### (2) 利用者数

	令和9年度	令和10年度	令和11年度
開所日数(日)			
登録人数(人)			
延べ人数(人)			

(3) 管理に係る経費の収支予算 (単位: 円)

第5-2号様式 管理に係る経費の収支予算書及び報告書のとおり

4 第三者への委託

業務名	委託先	委託の期間 ※概算期間でも可	委託料 ※概算額でも可	委託する理由

※この表には、自主事業に係るものは記載しないでください。

※包括的な委託はできません。

5 自主事業の実施計画

(1) 自主事業計画書

事業名	目的・内容・利用者負担・実施回数等

(2) 自主事業における収支計画 (単位: 円)

第5-2号様式 自主事業に係る経費の収支予算書及び報告書のとおり

自主事業の実施にかかるチェックリスト		
(1)	当該施設の設置目的に合致しているか	<input type="checkbox"/>
(2)	条例に基づき定められた業務を妨げない範囲において行われること	<input type="checkbox"/>
(3)	自己の責任と費用 (指定管理料を流用することはできない) において実施するものであること	<input type="checkbox"/>
(4)	設備、物品等を持ち込み公の施設 (土地又は建物) を占有する場合又は自主事業を実施するにあたり一般利用を制限する場合、行政財産の使用許可申請が必要となること	該当あり <input type="checkbox"/>
		該当なし <input type="checkbox"/>
(5)	設備投資を要する自主事業で、次期指定管理者に自らと異なる者が選定された場合、その者に残存簿価を上限として投資設備を譲渡しなければならないことを理解しているか また、次期選定で応募者がいなかった場合 (指定管理者が当該自主事業を継続しない場合を含む) は、当該投資設備を撤去し、原状回復しなければならないことを理解しているか	該当あり <input type="checkbox"/>
		該当なし <input type="checkbox"/>

(あて先) 浜松市長

所在地  
申請者 団体名  
代表者氏名

### 対象人件費等計算書

賃金スライド制度に基づく対象経費について、次のとおり報告します。

施設名	浜松市浜北障害者生活介護施設光の園
-----	-------------------

雇用形態	対象人件費 (円)	配置予定人数 (人)
時給制職員		
月給制職員		

#### <注意事項>

- ・「対象人件費」は、雇用形態別に対象となる人件費を記入してください。
- ・「対象人件費」は、賃金水準の変動を受けるものが対象となりますので、通勤手当、住宅手当等の賃金水準の変動を受けない手当は除外してください。
- ・「対象人件費」の額は、基本的に指定期間初年度1年間の人件費見込額としますが、初年度が休館期間を伴う場合等、通常の運営では無い場合は、通常の1年間運営する場合の人件費見込額としてください。
- ・配置予定人数欄には、指定期間中における配置予定人数を記入してください。