（様式１）

使用許可公募参加申請書

年　　月　　日

　茨城県知事　大井川　和彦　殿

申請者　所在地

名称

代表者の氏名　　　　　　　印

電話番号

　茨城県立あすなろの郷内の平成14年築の建物及び当該建物の敷地(土地)の使用許可にかかる公募に参加したいので必要書面を添付のうえ申請します。

（様式２）事業計画書

　　任意の様式（「様式２」事業計画書と記載する）としますが、下記事項について記載して下さい。

　１　実施する障害福祉サービス等の事業内容

　　　　（指定障害者支援施設の定員のほか、他の事業を実施する場合は実施する指定障害福祉サービス事業の種類や利用定員など事業計画の内容を記載すること）

　２　施設の運営方針

　　　　利用者(障害者)の処遇の基本方針のほか、施設の運営にあたっての方針などを記載下さい

　３　人員配置計画

　　　　指定を受ける事業ごとに、配置予定の職種別職員（医師、看護職員、理学療法士又は作業療法士、生活支援員、サービス管理責任者、管理者等）数（常勤換算）と、配置予定の支援員１人あたりの利用者数（例：２対１、３対１など）を記載すること。

　　　　また、県立あすなろの郷から受け入れ予定の利用者については、重度加算の対象者が多いことから、重度障害者支援加算の算定の対象となる職員や介護福祉士・社会福祉士・精神保健福祉士等の専門職の配置予定がある場合は、当該職員の内訳や数を別途記載すること。なお、勤務表を添付する必要はない。

４　その他自由記載

（様式３）

収支計画書

　　令和８年度(※１)の収支計画書

（※１）使用許可は令和７年９月からを予定しておりますが、予定入所者数等を満たした後の１年間の収支を想定して下さい。

　　 (※２) 実施する事業に合わせ、枠の追加や削除して下さい。

　　　　　　・区分についても算定可能な区分とするなど適宜修正可能です。

　　　　　　・積算内訳について、枠に入らない場合は別紙とすることができます。

【収入の部】（※２）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：千円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　　分 | 金　　　額 | 積算内訳 |
| 財源内訳 | 介護給付費・生活介護事業・施設入所支援　・短期入所 |  |  |
| 地域生活支援事業費・日中一時支援 |  |  |
| その他収入・・・ |  |  |
| 利用料等収入合計 |  |  |

【支出の部】（※２）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：千円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区　　　分 | 金　　　額 | 積算内訳 |
| 人件費 |  |  |
| 光熱水費 |  |  |
| 事業費（光熱水費除く） |  |  |
| 事務費 |  |  |
| 公有財産使用料 |  |  |
| その他支出 |  |  |
| 支出合計 |  |  |

【収支差額】(※２)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：千円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　　　収支差額 | 金　　額 |  |
|  |  |  |

（様式４）

社会福祉法人の概要に関する書類

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな社会福祉法人の名称 |  |
| 理事長名 |  |
| 法人の所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ |  | メールアドレス |  |
| 認可年月日 |  |
| 沿革 |  |
| 基本財産 |  |
| 職員数 |  |
| 障害福祉サービス事業等の運営実績 |  |
| 事業指定（種別、指定番号） |  |
| 申請に関する担当者名 | 役職・氏名 |  | 所属 |  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ |  | メールアドレス |  |

※　法人概要等がある場合は添付してください。

※　欄が不足する場合は、別紙を追加してください。

（様式第５）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和７年　月　　日

使用許可公募応募資格誓約書

　　　　　　　　（県立あすなろの郷内　建物及び敷地にかかる使用許可）

茨城県知事　大井川　和彦　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者職氏名　　　　　　　　　　印

県立あすなろの郷内県有建物及び建物敷地の使用許可に関する公募の応募申請にあたり、公募要綱の記載内容を承諾し、下記の応募資格を全て満たしていることを誓約します。

記

(1) 社会福祉法人であること。

(2) 公募申込時点において、障害者総合支援法に基づく、５年以上の障害者支援施設の運営実績を有すること。

(3) 公募申込時点において、過去５年間の間に障害者総合支援法に基づく行政処分を受けていないこと。

(4) 会社更生法、民事再生法等による更生又は再生手続きを開始し、若しくは開始しようとしていないこと。

(5) 社会福祉法人の役員が、茨城県暴力団員排除条例（平成22年条例第36号）第２条第１号から第３号までに規定する暴力団員又は暴力関係者（暴力団の構成員及び暴力団に協力し、又は関与する等これと交わりを持つ者をいう。）と認められる者でないこと。

(6) 社会福祉法人は、法人税、消費税及び地方消費税、都道府県税、市町村税を滞納していないこと。

(7) 社会福祉法人の役員に破産者または禁錮以上の刑に処されている者がいないこと

（様式６）

指定管理者指定申請に係る質問書

茨城県

保健福祉部障害福祉課　宛

茨城県水戸市笠原町978番６

メールアドレス：

令和７年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 社会福祉法人名 |  |
| 質　問　者 | 役職・氏名 |  | 所　属 |  |
| 連　絡　先 | 電話番号　：ＦＡＸ番号：メールアドレス： |
| 質 問 内 容 |  |

（様式７）

あすなろの郷内　現地説明会兼見学会参加申込書

茨城県

保健福祉部障害福祉課　宛

茨城県水戸市笠原町978番６

メールアドレス：

令和７年　　月　　日

　次のとおり、令和７年　月　　日開催の現地説明会・見学会への参加を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 法人の名称 |  |
| 法人の所在地 |  |
| 連絡先 | 担当者名 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |
| 参　加　者（５名以内） | 役職 |  | 氏名 |  |
| 役職 |  | 氏名 |  |
| 役職 |  | 氏名 |  |
| 役職 |  | 氏名 |  |
| 役職 |  | 氏名 |  |