

応募事業者の概要

※ □欄のあるものは、該当する項目を■に塗りつぶしてください。

法人名称	(ふりがな)		
主たる事務所の所在地	(〒 —)		
連絡先	電 話		F A X
法人の種別	☐ 社会福祉法人 ☐ 医療法人 ☐ 株式会社 ☐ その他 ()		
代表者 (様式6「法人代表者経歴書」を添付)	職 名		氏名 (ふりがな) (年 月 日生)
代表者の住所	(〒 —)		
基本財産 (資本金)	円	従業員数	人
事業内容			
法人の沿革	年 月	内 容	
		(法人の設立から今日までの沿革について、簡潔に記入すること。)	

定款又は寄付行為の 写し		☐ 別添のとおり	
応募事業者要件 (様式5「役員等名簿」 を添付)		☐ 「加東市指定地域密着型介護予防サービスの事業の人員、設備及び運営並びに指定地域密着型介護予防サービスに係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準を定める条例」に定める指定基準のほか関係する指定基準を満たしている。 ☐ 都市計画法、建築基準法、消防法等の関連法令の基準を満たし、かつ手続きを遵守している。 ☐ 会社更生法又は民事再生法による手続きをしている法人でない。 ☐ 加東市における暴力団の排除の推進に関する条例に規定する暴力団、暴力団員、暴力団密接関係者でない。 ☐ 労働基準法等労働者使用関連法令に違反しておらず、極めて重大な社会的影響を及ぼしていない。 ☐ 地方税、法人税又は消費税及び地方消費税を滞納していない。(注1) ☐ 施設の整備及び運営に必要な資金の確保ができています。(注2) (注1) 地方税については滞納がない旨の証明書、法人税、消費税及び地方消費税については納税証明書をそれぞれ添付すること。 (注2) 預金残高証明書を提出すること。また、金融機関からの借入を計画している場合は、融資見込証明書(参考様式1)を提出すること。 ※提出前1か月以内のものを提出すること。正本に添付するものはコピー不可。また、複数口座がある場合は、別途一覧表を作成の上添付すること。	
過去の指導状況等		平成31年度から令和6年度までの間において、介護保険事業における行政指導又は行政処分を受けたことがあるか。 ☐ 有 (結果通知を添付) ☐ 無	→ (「有」場合、返還金発生の有無。) ☐ 有 ☐ 無 → (「有」の場合、返還金の返済状況。) ☐ 完済 ☐ 返済中 (年 月 完済予定)
運 営 母 体	介護保険事業の実施状況	☐ 有 (様式7「介護保険施設又は病院の運営実績一覧」を添付) ☐ 無	
	決算状況 (直近の過去2年間の決算) (千円未満は四捨五入) (貸借対照表、損益計算書、事業活動計算書等を添付)	【 年 月決算】 〈貸借対照表〉 流動資産 千円、流動負債 千円 固定資産 千円、固定負債 千円 繰延資産 千円、純資産(自己資本) 千円 資産合計 千円、負債純資産合計 千円 〈損益計算書、事業活動計算書〉 営業利益(事業活動収支差額) 千円	
	決算状況 (直近の過去2年間の決算) (千円未満は四捨五入) (貸借対照表、損益計算書、事業活動計算書等を添付)	【 年 月決算】 〈貸借対照表〉 流動資産 千円、流動負債 千円 固定資産 千円、固定負債 千円 繰延資産 千円、純資産(自己資本) 千円 資産合計 千円、負債純資産合計 千円 〈損益計算書、事業活動計算書〉 営業利益(事業活動収支差額) 千円	

運 営 母 体	開設資金の見込額 (千円未満は四捨五入) (様式8「資金計画書」を添付)	自己資金額①	千円	その他③	千円
		借入金②	千円	必要額①+②+③	千円
		(その他、経営の安定性等について、優れていると思われる事項があれば、具体的に記載すること。)			
運 営 母 体	(その他、運営母体について、優れていると思われる事項があれば、具体的に記載すること。)				