

## 障がい者福祉センター（門真市保健福祉センター内）

### 指定管理者募集要項 申請書類

様式第1号	指定管理者指定申請書
様式第2号	施設事業計画書
様式第3号	管理業務収支計画書
追加様式1	現地説明会参加申込書
追加様式2	質問票
追加様式3	指定管理者指定申請に係る誓約書
追加様式4	共同提案の場合の構成団体の概要
追加様式5	辞退届

様式第1号（第2条関係）

指定管理者指定申請書

年 月 日

門真市長 宮本 一孝 様

所在地

申請者 団体名

代表者名

印

門真市公の施設に係る指定管理者の指定の手續等に関する条例第3条の規定により、次の公の施設に関し、管理運営する指定管理者の指定を受けたいので申請します。

記

1 公の施設の名称 障がい者福祉センター

2 添付書類

様式第2号（第2条関係）

A4サイズ／体裁自由

施設事業計画書

1 団体の概要（共同提案の場合は、別紙にて構成団体の概要を記載してください。）

団体名		代表者名	
所在地	〒		
担当部署		担当者名	
電話番号		FAX番号	
E-mail			
設立年月日		従業員数	人（年 月 日現在）

2 団体の経営方針等

--

3 指定管理者の指定を申請した理由

--

4 平等利用の確保について

(1) 施設を管理運営する際の方針等

① 施設管理運営方針
② 社会貢献活動や法令遵守などに対する取組み

(2) 平等な利用を図るための具体的な手法

① 平等利用を確保するための方針
------------------

② 医療的ケアの必要な重度障がい者への配慮

5 施設の効用を最大限に発揮させるための方策について

(1) 利用者の増加を図るための具体的手法及び期待される効果

(2) サービスの向上を図るための具体的手法及び期待される効果

(3) 施設・設備の維持管理及び改修・整備についての提案

(4) 防犯、防災及び緊急時の取組み

6 管理に関する経費の縮減について

管理運営に係る経費の内容

7 管理を安定して行うための体制について

(1) 組織体制図(人員配置を含む。)

(2) 職員の雇用確保の方策と労働条件(公正採用、最低賃金制の遵守を含む。)

※ 当該施設の管理運営に現在従事する者の転籍等による確保を予定している

場合は、その具体的内容を記載してください。

--

(3) 業務の外注計画

業務の名称	業務の具体的内容	備 考

※ 備考欄には、予定金額、労働関係法令遵守の担保方策等について記載してください。

(4) 職員の指導育成、研修体制(人権研修を含む。)

--

(5) 類似施設の管理運営に関する実績

① 受託分			
施設名	所在地	主な業務内容	管理運営期間
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
② 自己所有施設分			
施設名	所在地	主な業務内容	管理運営期間
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月
			年 月～ 年 月

8 その他管理運営に際して必要な事項  
社会的要請に応えた体制・活動内容

- ① 高齢者・障害者等の雇用・就業についての方針
- ② 地域の経済や労働事情に対する貢献
- ③ 環境問題への取組み
- ④ 個人情報の保護及び情報公開を適切に行うための措置
- ⑤ 感染症が発生及びまん延した時の対処方法
- ⑥ 送迎サービス等における安全運転と事故防止に対する交通安全対策

様式第3号（第2条関係）

A4サイズ／体裁自由

管理業務収支計画書

【 総 括 表 】

1 収 入 (千円)

項 目	年度	年度	年度	年度	年度	合 計	備 考
利用料金							
合 計(A)							

2 支 出 (千円)

項 目	年度	年度	年度	年度	年度	合 計	備 考
人件費							
消耗品費							
食料費							
印刷製本費							
通信運搬費							
燃料費							
光熱水費							
修繕費							
備品購入費							
委託料							
合 計(B)							

3 収 支 (千円)

項 目	年度	年度	年度	年度	年度	合 計	備 考
(A)-(B)							

## 【 年度 管理業務収支計画書】

## 1 収 入

項 目	金 額 (千円)	内 訳
利用料金		
合 計(A)		

## 2 支 出

項 目	金 額 (千円)	内 訳
人件費		
消耗品費		
食料費		
印刷製本費		
通信運搬費		
燃料費		
光熱水費		
修繕費		
備品購入費		
委託料		
合 計(B)		

※ 支出の項目は具体的に記入してください。また内訳欄は積算基礎その他詳細に記入してください。

## 3 収 支

(A)-(B)	千円
---------	----



年 月 日

## 現地説明会参加申込書

保健福祉部 障がい福祉課 宛  
(FAX: 06-6905-9510)

次のとおり、令和5年7月28日(金)の現地説明会への参加を申し込みます。

対象施設	障がい者福祉センター
団体名	
所在地	
参加者氏名	
担当者氏名 及び連絡先	担当者： 電 話： ( )
備 考	

※ 1団体につき、2名以内でお願いします。

※ ファクス送信後、確認の為に電話下さい。

障がい福祉課 06-6902-6154

年 月 日

## 質 問 票

保健福祉部 障がい福祉課 宛  
(FAX: 06-6905-9510)

対象施設	障がい者福祉センター
団体名	
担当者氏名 及び連絡先	担当者： 電 話： ( ) FAX： ( ) メールアドレス：
質問枚数	枚 (ページ番号を記入のこと)
質問項目	
質問内容	

※ ファクス送信後、確認の為に電話下さい。

障がい福祉課 06-6902-6154

追加様式3

## 指定管理者指定申請に係る誓約書

年 月 日

門真市長 宮本 一孝 様

申請者 住 所  
(電話番号 )

名 称

代表者の氏名 印

指定管理者の指定申請を行うに当たり、募集要項に記載された事項を遵守すること、また、申請者資格要件をすべて満たし、申請書及び添付書類の内容について事実と相違ないことを誓約します。

なお、申請書類に虚偽の記載及び応募にあたって虚偽の申告等をした場合は、失格になっても異議ありません。

## 共同提案の場合の構成団体の概要

(団 体 名) ⑩

(代表者名) ⑩

所在地	〒		
担当部署		担当者名	
電話番号		F A X 番号	
E-mail			
設立年月日		従業員数	人 ( 年 月 日現在)

(団 体 名) ⑩

(代表者名) ⑩

所在地	〒		
担当部署		担当者名	
電話番号		F A X 番号	
E-mail			
設立年月日		従業員数	人 ( 年 月 日現在)

(団 体 名) ⑩

(代表者名) ⑩

所在地	〒		
担当部署		担当者名	
電話番号		F A X 番号	
E-mail			
設立年月日		従業員数	人 ( 年 月 日現在)

( 枚目)

(団体名) ⑩

(代表者名) ⑩

所在地	〒		
担当部署		担当者名	
電話番号		FAX番号	
E-mail			
設立年月日		従業員数	人(年月日現在)

(団体名) ⑩

(代表者名) ⑩

所在地	〒		
担当部署		担当者名	
電話番号		FAX番号	
E-mail			
設立年月日		従業員数	人(年月日現在)

(団体名) ⑩

(代表者名) ⑩

所在地	〒		
担当部署		担当者名	
電話番号		FAX番号	
E-mail			
設立年月日		従業員数	人(年月日現在)

## 辞退届

年 月 日

門真市長 宮本 一孝 様

申請者 住 所  
(電話番号 )

名 称

代表者の氏名 印

年 月 日付で提出しました障がい者福祉センター指定管理者の指定申請につきまして、下記の理由により辞退します。

また、既に指定管理者候補に選定されている場合は、新たな指定管理者が指定されるまでの間、市に生じた損害を賠償することを了承いたします。

記

(辞退理由)