令和４年度

介護医療院転換事業者　第２回募集要項

１．募集の趣旨

令和４年１２月

新潟市

平成３０年４月の介護保険法改正により、新たな介護保険施設の一類型として、「日常的な医学管理」や「看取り・ターミナルケア」等の機能と「生活施設」の機能を併せ持ち、医療の提供を必要とする要介護者が長期に療養生活を送るための施設として「介護医療院」が創設されました。

今後も高齢者人口の増加は続くことが見込まれることから、令和３年度から３か年を計画期間とする第８期介護保険事業計画では、介護老人保健施設から介護医療院へ転換することにより、本来のサービス趣旨である在宅復帰とは異なる利用実態の解消を図るとともに、介護医療院の地域への定着を図るため、既存の介護老人保健施設について、第８期計画期間中に介護医療院へ転換する計画を募集します。

２．募集の対象

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事業内容 | 対象事業所 | 対象区域 | 対象定員総数 |
| 介護保険法第８条第２９項に定める介護医療院への転換計画 | 既存の介護老人保健施設 | 市内一円 | ７１人 |

　○ 介護老人保健施設：介護保険法第８条第２８項

◆転換事業者募集における考え方

　　新潟市地域包括ケア計画[新潟市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画]（令和３年度～令和５年度）の適切な運用を図るため、以下のとおり転換事業者を募集します。

1. 本来のサービス趣旨である在宅復帰とは異なる利用実態の解消を図るとともに、介護医療院の地域への定着を図るため、既存の介護老人保健施設について、介護医療院へ転換する計画を対象とします。
2. 申込が第８期計画（令和３年度～令和５年度）数を上回る場合には、各種法令、人員・設備等の基準及びその他申込条件を満たす提案であることを前提に、当該設置場所での運営期間が長い事業所における提案を優先的に採択するものとします。

３．申込書類について

　　　申込を希望する事業者の方は、次により転換申込書及び転換提案書を提出してください。なお、市が受理した書類は、理由の如何に関わらず返却しません。

（１）申込書類提出期間・提出場所

|  |  |
| --- | --- |
| 提出期限 | 提出及び問合せ先 |
| 令和５年１月２７日（金）まで受付時間：午前９時～午後５時※ 電話で予約の上ご来庁ください（郵送・ＦＡＸ等は不可）。※ 最終日は大変混み合うことが予想されますので、早めのご提出をお願いします。 | 〒９５１－８５５０　新潟市中央区学校町通１番町６０２番地１　新潟市役所　本館１階　高齢者支援課　企画係　ＴＥＬ　０２５－２２６－１２９５　ＦＡＸ　０２５－２２２－５５３１ |

（２）申込書類

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 内容等 | 様式 |
| 1．転換申込書 |  | 様式1 |
| 2．定款又は寄付行為 | 最新のもの |  |
| 3．法人の登記事項証明 | 申込前３か月以内に発行されたもの |  |
| 4．市税等の納税証明書（未納がない旨の証明） | 申込前３か月以内に発行されたもの(1) 「新潟市税」※ 市税等が非課税のため証明書が添付できない場合は、その旨の届出書を添付してください。※ 納税証明書は、「市入札参加用の納税証明書」を提出してください。 　法人の証明書の申請に際しては、代表者印を押印した申請書又は委任状が必要となります。また、納税後間もなく証明書を申請する場合には、各機関の税務システムに反映されていないこともありますので、予め納税したことが確認できる領収書等を持参して申請を行ってください。(2) 「法人税若しくは所得税」及び「消費税及び地方消費税」（法人所在地における証明）※ 税務署で納税証明書の申請を行ってください。 |  |
| 5．欠格事項に該当しない事を誓約する書面（兼同意書） | ［根拠法令等］(1) 介護保険法第107条第3項(2) 新潟市暴力団排除条例第6条 | 様式2 |
| 6．法人概要 | (1) 法人代表者の経歴書 | 様式自由 |
| (2) 法人の沿革及び概要（パンフレット可） | 様式自由 |
| (3) 既存施設の運営状況（パンフレット可） | 様式3 |
| (4) 直近３年間の決算書※ 原則、監査対象計算書類等を監査報告書添付の上で提出すること。監査役の設置状況等により監査報告書を提出できない場合は申し出ること。※ 提出書類が多量の場合、事前相談の上、一部データ提出可。 | 様式自由 |
| (5) 公的機関からの補助金、融資、寄付等がある場合は過去３年間の内容と規模 | 様式自由 |
| 7.指導監査結果等書類 | 指導監査結果等書類一式(1) 法人及び法人が運営する既存施設に対して、市又は都道府県等が実施した監査結果通知書及び指導・処分通知書のうち、申込の締切日から５年以内のものすべてについて写しを添付すること（介護保険法に規定する勧告・命令・指定の取消等に限る）。(2) 法人に対する市又は県等による直近の指導監査結果通知書の写し及び改善状況報告書の写しを添付すること。(3) 本申込にかかり転換を計画する事業所に対する指導監査結果通知書の写し及び改善状況報告書の写しを添付すること。※ (1)に該当する監査等がない場合は報告すること（様式自由）。※ (2)及び(3)について、文書指摘事項がなく通知書等が無い場合は、受検日、実施機関名及び指導監査内容を報告すること（様式自由）。 | 様式自由 |

（３）転換提案に関する提出書類

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | 内容等 | 様式 |
| 1．転換提案書 |  | 様式4 |
| 2．転換計画書 |  | 様式5 |
| 3．事業スケジュール | 転換までのスケジュール計画表 | 様式6 |
| 4．利用状況 | 利用者（入居者）の前年度平均値 | 様式7 |
| 5．事業運営 | 収支見込予算書シミュレーション※ 事業収入算定説明書を添付すること。※ 利用料金表を添付すること。 | 様式8-1様式8-2様式8-3 |
| 6．計画図面等 | (1) 基本計画図面（配置図、立面図、平面図）※ 配置図には、駐車場等を記載すること。※ 平面図には、指定基準に規定された主要な部屋の面積と廊下幅を内法寸法で記載すること。※ 平面図には、浴槽（一般、特別）、キッチン及び手洗いなど水回り設備も図示すること。※ 平面図には、転換する区画を明示するとともに、併設する施設等がある場合は、当該サービスの専用・共用区画を色分けして明示すること。※ 立面図には、建物及び各階の高さを記載すること。※ 転換に伴う変更箇所について、変更前と変更後の差異が判断可能なよう考慮すること。(2) 土地・建物の登記事項証明（全部事項証明） | 様式自由 |
| 7．従事予定職員関係 | 従業者の勤務の体制及び勤務形態一覧表※ 配置人員（職種・時間ごとの配置）について、サービス種別ごとに作成すること。 | 様式9-1様式9-2 |
| 8. 事前協議報告書 | 介護医療院転換事業実施に係る事前協議報告書※報告書については、建設に係る開発許可、建築規制その他法令を調査の上、関係機関 （介護保険課、消防署、区役所建設課、建築行政課、農業委員会、保健所、歴史文化課など）と十分に事前協議を行い提出すること。 | 様式10 |
| 9．現利用者への説明 | 現利用者及び家族への説明に利用する資料案等　※ 所在地、サービス提供体制、居室等設備、利用者負担額など、変更が生じる事項について、事業着手前に現利用者および家族に必ず説明を行うこと。 | 様式自由 |

（４）提出書類の体裁

提出書類の体裁は、以下に記す体裁を整えてください。

①表紙、背表紙には「事業所名」及び「事業者名」を記載してください。

②項目ごとに、白紙の仕切りを一枚挿入し、インデックスをつける。

③全体をバインダーやファイル等で綴る。

定款

申　込　書

令和○年度

介護医療院転換募集

事業所名

（ファイル等の表紙）

シール等で記載

事業者名

（白紙の仕切り）

＜定　款＞

右肩に項目名を記載

項目ごとにインデックス

定款

令和○年度　介護医療院転換募集

事業者名

（ファイル等の背表紙）

（５）部数等

① 提出書類は２部作成し、１部を正本、１部を副本として提出してください。

② 所定様式が定められているもの以外は、原則としてＡ４版で提出してください。ただし、図面はＡ３版としＡ４サイズに折り込んでください。

　　　③ 所定様式が定められているものについては、詳細な資料等を別紙添付する場合にあっても、各項目に要旨など申込者が必要と考える事項を必ず記入してください。

　　　④できるだけホチキス止めしないで提出してください。

４．申込できる事業者の資格要件

(1) 転換申込書の受付締切日において、本市内で介護老人保健施設を運営する法人であること。

(2) 確実な事業実施及び運営を行うために十分な経営基盤、事業に対する知識等を有すること。

(3) 介護保険法第107条第3項各号に定める要件に該当しないこと。

(4) 転換申込書の受付締切日において、市税等の未納がない法人であること。

(5) 新潟市暴力団排除条例（平成24年新潟市条例第61号）に基づき、暴力団、暴力団員及び暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有するものでないこと。

５．申込条件

(1) 介護保険法、新潟市介護医療院の人員，施設及び設備並びに運営の基準に関する条例（平成30年3月20日条例第25号）に基づき、指定に係る人員・設備・運営基準等を全て満たし、原則として第８期計画期間中に転換が見込まれる計画であること。

(2) 「４．申込できる事業者の資格要件(1)」で運営する介護老人保健施設であって、施設整備後１０年以上経過した事業所を転換する計画であること。

(3) 現利用者の適切なサービス利用に配慮した計画とすること。

６．申込に際しての留意事項

(1) 本募集に係る必要な一切の費用は、申込者の負担とします。

(2) 提出された書類の提出期限以降における差し替え及び再提出は認めません。

(3) 本市が必要と認める場合、書類の補正や追加資料の提出を求めるほかヒアリングを行う場合があります。

(4) 転換申込書受付後に辞退をする場合は、速やかに辞退届出書（任意様式）を提出してください。

(5) 転換申込書の提出にあたっては、提案する事業が確実に実施できるよう、具体的な内容のものを提出してください。

(6) 介護保険法、老人福祉法、建築基準法、都市計画法、消防法及び条例等の法令を遵守するとともに、これらを所管する関係機関と十分に協議を行ってください。

(7) 今後の整備計画の参考とするため、募集定員数を超える定員数分の転換を希望する場合は、転換申込書に希望する定員数を記載してください。

７．転換事業者の決定について

(1) 決定方法

申込が第８期計画数を上回る場合には、各種法令、人員・設備等の基準及びその他申込条件を満たす提案であることを前提に、当該設置場所での運営期間が長い事業所における提案を優先的に採択するものとします。

なお、老朽化に伴う建替えにより、同一日常生活圏域内等当該地域での設置場所変更があった場合は、設置場所変更前の運営期間についても当該設置場所での運営期間とみなすものとします。

また、採択された転換事業者がやむを得ない事情などから、転換することができなくなった場合は、次点となった事業者を繰り上げる場合もあります。

(2) 結果通知

結果については、令和５年２月上旬頃に文書により通知する予定です（なお、申込者が多い場合には、これによらない場合があります）。

(3) 転換事業者の公表

　　　提出期限終了後、１月下旬頃に申込状況を公表します。

　　　また、転換事業者決定後、決定した転換事業者名を公表します。

(4) その他

① 申込書類に明らかな虚偽の記載があった場合や、申込に際して不正行為があった場合には、採択の対象から除外することとします。

② 転換事業者に決定された後、申込内容と実際の事業計画が著しく変更された場合や、転換を行うにふさわしいと認められない事実が判明した場合には、転換事業者の決定を取り消す場合があります。

８．スケジュール概要

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 令和５年 | １月２７日（金） | 申込書及び提案書受付終了 |
|  | １月下旬 | 申込状況の公表 |
|  | ２月上旬 | 募集結果の通知・公表 |

（様式１）

令和　　年　　月　　日

（宛先）新潟市長

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 法人名 |  |
| 代表者職名・氏名 |  |

**令和４年度　介護医療院転換申込書**

このことについて、募集要項に定める資格要件において、申込者の制限にかかる項目の該当がないことを確約し、下記提出書類を添えて申し込みます。

記

１．転換提案をする事業所

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 | 介護老人保健施設○○○○ |
| 設置場所 | 新潟市　　区○○　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 運営期間 | 事業開始日　　平成　　年　　月　　日指定年月日　　平成　　年　　月　　日　（休止期間　　平成　　年　　月　　日　～　平成　　年　　月　　日） |
| 転換床数 | 　　　　　床（ユニット数　　　）※募集対象定員数を超えて転換を希望する場合　　　　　床 |

　※事業開始日が平成11年度以前の場合、老人保健法に基づく老人保健施設としての事業開始日を記載して下さい。

２．事業開始予定時期

令和　　年　　月　　日

３．提出書類

　　　（１）　定款又は寄付行為

　　　（２）　法人登記事項証明書

　　　（３）　市税等の納税証明書

　　　（４）　欠格事項等に該当しないことを誓約する書面（様式2-4）

　　　（５）　法人の概要

　　　（６）　指導監査結果等の書類

４．担当者連絡先

申込書類の補正・追加提出、市が行うヒアリング等に対応する者として下記の者を指定します。

|  |  |
| --- | --- |
| 法　人　名 |  |
| 担　当　者 |  |
| 連絡先 | 住　所 | 〒 |
| ＴＥＬ |  | ＦＡＸ |  |
| E-mail |  |

（様式２）

**介護保険法第１０７条第３項各号の規定に該当しない旨の誓約書**

**及び　　暴力団等の排除に関する誓約書兼同意書**

令和　　年　　月　　日

（宛先）新潟市長

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 法人名 |  |
| 代表者職名・氏名 |  |

　私（当法人・当団体）は、令和４年度介護医療院転換申込を行うにあたり、申請者及び役員等が介護保険法第１０７条第３項各号に規定する欠格条項のいずれにも該当しない者であることを誓約します。

　また、併せて新潟市暴力団排除条例の主旨に基づき、下記の事項について誓約します。

記

１　私（当法人・当団体）は次のいずれにも該当しません。

(1)　暴力団（新潟市暴力団排除条例（平成24年新潟市条例第61号）第２条第２号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）

(2)　暴力団員（新潟市暴力団排除条例第２条第３号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）

(3)　役員等（法人である場合は役員又は支店若しくは営業所の代表者その他これらと同等の責任を有する者をいい、法人以外の団体である場合は代表者、理事その他これらと同等の責任を有する者をいう。）が暴力団員であるもの

(4)　暴力団又は暴力団員が経営に実質的に関与しているもの

(5)　自己、その属する法人その他の団体若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用しているもの

(6)　暴力団又は暴力団員に対して資金を提供し、又は便宜を供与するなど直接的又は積極的に暴力団の維持運営に協力し、又は関与しているもの

(7)　その他暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有するもの

２　新潟市暴力団排除条例の主旨に基づき名簿（様式２－４別紙）を提出します。名簿に記載されたすべての者は、暴力団員等であるか否かの確認のため、新潟県警察本部に対してこの名簿による照会が行われる場合があることに同意しております。なお、名簿記載内容は事実と相違ありません。

【介護保険法第１０７条第３項】

都道府県知事は、前２項の許可の申請があった場合において、次の各号（前項の申請にあっては、第２号又は第３号）のいずれかに該当するときは、前２項の許可を与えることができない。

１　当該介護医療院を開設しようとする者が、地方公共団体、医療法人、社会福祉法人その他厚生労働大臣が定める者でないとき。

２　当該介護医療院が第１１１条第１項に規定する療養室、診察室、処置室及び機能訓練室並びに都道府県の条例で定める施設又は同条第２項の厚生労働省令及び都道府県の条例で定める人員を有しないとき。

３　第１１１条第３項に規定する介護医療院の設備及び運営に関する基準に従って適正な介護医療院の運営をすることができないと認められるとき。

４　申請者が、禁錮以上の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

５　申請者が、この法律その他国民の保健医療若しくは福祉に関する法律で政令で定めるものの規定により罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

６　申請者が、労働に関する法律の規定であって政令で定めるものにより罰金の刑に処せられ、その執行を終わり、又は執行を受けることがなくなるまでの者であるとき。

７　申請者が、保険料等について、当該申請をした日の前日までに、納付義務を定めた法律の規定に基づく滞納処分を受け、かつ、当該処分を受けた日から正当な理由なく３月以上の期間にわたり、当該処分を受けた日以降に納期限の到来した保険料等の全てを引き続き滞納している者であるとき。

８　申請者が、第１１４条の６第１項又は第１１５条の３５第６項の規定により許可を取り消され、その取消しの日から起算して５年を経過しない者（当該許可を取り消された者が法人である場合においては、当該取消しの処分に係る行政手続法第１５条の規定による通知があった日前６０日以内に当該法人の役員又はその開設した介護医療院の管理者であった者で当該取消しの日から起算して５年を経過しないものを含み、当該許可を取り消された者が第１号の厚生労働大臣が定める者のうち法人でないものである場合においては、当該通知があった日前６０日以内に当該者の開設した介護医療院の管理者であった者で当該取消しの日から起算して５年を経過しないものを含む。）であるとき。ただし、当該許可の取消しが、介護医療院の許可の取消しのうち当該許可の取消しの処分の理由となった事実及び当該事実の発生を防止するための当該介護医療院の開設者による業務管理体制の整備についての取組の状況その他の当該事実に関して当該介護医療院の開設者が有していた責任の程度を考慮して、この号本文に規定する許可の取消しに該当しないこととすることが相当であると認められるものとして厚生労働省令で定めるものに該当する場合を除く。

９　申請者が、第１１４条の６第１項又は第１１５条の３５第６項の規定による許可の取消しの処分に係る行政手続法第１５条の規定による通知があった日から当該処分をする日又は処分をしないことを決定する日までの間に第１１３条第２項の規定による廃止の届出をした者（当該廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して５年を経過しないものであるとき。

10　申請者が、第１１４条の２第１項の規定による検査が行われた日から聴聞決定予定日（当該検査の結果に基づき第１１４条の６第１項の規定による許可の取消しの処分に係る聴聞を行うか否かの決定をすることが見込まれる日として厚生労働省令で定めるところにより都道府県知事が当該申請者に当該検査が行われた日から１０日以内に特定の日を通知した場合における当該特定の日をいう。）までの間に第１１３条第２項の規定による廃止の届出をした者（当該廃止について相当の理由がある者を除く。）で、当該届出の日から起算して５年を経過しないものであるとき。

11　第９号に規定する期間内に第１１３条第２項の規定による廃止の届出があった場合において、申請者が、同号の通知の日前

６０日以内に当該届出に係る法人（当該廃止について相当の理由がある法人を除く。）の役員若しくはその開設した介護医療院の管理者又は当該届出に係る第１号の厚生労働大臣が定める者のうち法人でないもの（当該廃止について相当の理由がある者を除く。）の開設した介護医療院の管理者であった者で、当該届出の日から起算して５年を経過しないものであるとき。

12　申請者が、許可の申請前５年以内に居宅サービス等に関し不正又は著しく不当な行為をした者であるとき。

13　申請者が、法人で、その役員等のうちに第４号から前号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

14　申請者が、第１号の厚生労働大臣が定める者のうち法人でないもので、その事業所を管理する者その他の政令で定める使用人のうちに第４号から第１２号までのいずれかに該当する者のあるものであるとき。

（様式２　別紙）

|  |
| --- |
| **役員等名簿**－９－ |
| 役職名・呼称 | 生年月日 | 性別 | フリガナ住　　　　　　　所 |
| フリガナ氏　　　名 | 他法人の理事等状況 |
| TEL　　　　　　　　FAX |
|  |  | 男・女 |  |
|  | 有・無（　　　　　　　　　　　） |
| TEL　　　　　　　　FAX |
|  |  | 男・女 |  |
|  | 有・無（　　　　　　　　　　　） |
| TEL　　　　　　　　FAX |
|  |  | 男・女 |  |
|  | 有・無（　　　　　　　　　　　） |
| TEL　　　　　　　　FAX |
|  |  | 男・女 |  |
|  | 有・無（　　　　　　　　　　　） |
| TEL　　　　　　　　FAX |
|  |  | 男・女 |  |
|  | 有・無（　　　　　　　　　　　） |
| TEL　　　　　　　　FAX |
|  |  | 男・女 |  |
|  | 有・無（　　　　　　　　　　　） |
| TEL　　　　　　　　FAX |
|  |  | 男・女 |  |
|  | 有・無（　　　　　　　　　　　） |
| TEL　　　　　　　　FAX |
|  |  | 男・女 |  |
|  | 有・無（　　　　　　　　　　　） |
| TEL　　　　　　　　FAX |
|  |  | 男・女 |  |
|  | 有・無（　　　　　　　　　　　） |
| TEL　　　　　　　　FAX　 |

※ 当該法人の理事、役員（業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいい、相談役、顧問その他いかなる名称を有する者であるかを問わず、法人に対し業務を執行する社員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者と同等の支配力を有するものと認められる者を含む。）等について記入してください。

※ 他法人の理事、役員等を兼務している場合は、他法人の理事等状況の「有」に○印を付し、（　　）に他法人名及び役職名を記入してください。

※ 上記に記載された個人情報については、本募集の審査用務及び暴力団員等の該当性の確認にのみ使用し、その他の目的には一切使用しません。また、その取扱いについては、新潟市個人情報保護条例を遵守し、適正に管理いたします。

（様式３）

**既存施設及び事業の運営状況**

１．法人の名称等

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 法人名称 | 代表者の職名・氏名 | 法人所在地 | 設立年月日 |
|  |  |  |  |

２．介護保険サービス提供事業所

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業種別 | 施設等名称 | 所　　在　　地 | 事業者番号 | 指定年月日（開始年月日） | サービス提供地域 | 定　員 | 併設事業所 |
|  |  |  |  | （　　　　　　　　　　） |  |  |  |
|  |  |  |  | （　　　　　　　　　　） |  |  |  |
|  |  |  |  | （　　　　　　　　　　） |  |  |  |

※複数ある場合は、事業種別ごとに代表的なものを１つ必ず記入し、その他は別紙添付可。

３．その他の事業所

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業種別 | 施設等名称 | 所　　在　　地 | 定　員 | 併設事業所 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

４．整備に着手中及び着手見込の事業（介護保険サービス及びその他事業）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業種別 | 所　　在　　地 | 定　員 | 総事業費 | 開設予定日 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※他市町村での介護サービス事業など整備に着手中の事業及び着手見込の事業について記載してください。

（様式４）

令和　　年　　月　　日

（宛先）新潟市長

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 法人名 |  |
| 代表者職名・氏名 |  |

**転換提案書**

このことについて、次の必要書類を添えて以下のとおり提出します。

添付書類

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者チェック | 新潟市チェック | 提出書類名 | 様　　式 |
| □ | □ | １ | 転換提案書 | 様式4 |
| □ | □ | ２ | 転換計画書 | 様式5 |
| □ | □ | ３ | 転換までのスケジュール | 様式6 |
| □ | □ | ４ | 利用者（入居者）の前年度平均値 | 様式7 |
| □ | □ | ５ | 事業運営 | 収支見込予算書シミュレーション | 様式8-1 |
| 事業収入算定説明書 | 様式8-2 |
| 施設利用料金表 | 様式8-3 |
| □ | □ | ６ | 計画図面等 | 様式自由 |
| □ | □ | ７ | 従業予定職員関係 | 様式9 |
| □ | □ | ８ | 事前協議報告書 | 様式10 |
| □ | □ | ９ | 現利用者への説明 | 様式自由 |

（様式５）※様式は別のエクセルファイルをダウンロードしてください。





**※財産処分手続きを要する場合、補助関係書類（実績報告書、額の確定通知等）の写しを添付すること。**

（様式６）

**転換までのスケジュール**

全体の流れが把握できるよう、必要事項を記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項　　　　目 | 令和４年度 | 令和５年度 | 令和６年度 |
| 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 | 7月 | 8月 | 9月 | 10月 | 11月 | 12月 | 1月 | 2月 | 3月 | 4月 | 5月 | 6月 |
| 入札関係 | 公告 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 入札 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 建設関係 | 着工 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 竣工 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 備品関係 | 積算・発注 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 納品 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 人材関係 | 募集・採用 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 研修等 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 利用者関係 | 説明 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 引継 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 認可申請 | 事前相談 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（様式７）　※様式は別のエクセルファイルをダウンロードしてください。



（様式８－１）　※様式は別のエクセルファイルをダウンロードしてください。



（様式８－２）　※様式は別のエクセルファイルをダウンロードしてください。

（様式８－３）

**介護医療院利用料金表**

|  |  |
| --- | --- |
| 居住費（ユニット型個室分） | 日額（　　　　　　円） × ３０日 ＝（約　　　　　　　円） |
| 居住費（従来型部分） | ①　　人居室日額（　　　 　円） × ３０日 ＝（約　　　　　　　円）②　　人居室日額（ 　　　　 円） × ３０日 ＝（約　　　　　　　円） |
| 食費 | 日額（　　　　　　円） × ３０日 ＝（約　　　　　　　円） |
| 日常生活費・その他 | 円（月　額） |
| 上記利用料設定の考え方（算出根拠及び特記事項） |  |

※ 実費徴収するものを除き、入居者から一律徴収する料金について該当する項目を記入してください。

※ 負担段階（第１段階～第４段階）ごとに居住費等を記載してください。

（様式９－１）　※様式は別のエクセルファイルをダウンロードしてください。



（様式９－２）　※様式は別のエクセルファイルをダウンロードしてください。



（様式１０）

令和　　年　　月　　日

（宛先）新潟市長

所 在 地

法 人 名

代表者名

**介護医療院転換事業実施に係る事前協議報告書**

介護医療院転換事業者の応募にあたり、関係機関と協議を行ったので、協議内容を報告します。

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 施設所在地 |  |
| 転換後サービス種類 | 介護医療院 |
| 法人担当者名 |  | 連絡先℡ |  |
| 協議先部局 |  | 担当職員氏名 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 期　日 | 協　　議　　内　　容 | 許認可等の見通し |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**※　協議内容等については具体的に記入し，担当部局ごとに提出してください（全ての関係機関と協議を行ってください）。**