

令和6年度医療型短期入所事業所開設支援事業  
業務委託事業者選定

募 集 要 項

令和6年4月

仙台市健康福祉局障害福祉部障害者支援課

## 目 次

### (募集の概要)

|   |                   |     |
|---|-------------------|-----|
| 1 | 募集の内容について         | P 1 |
| 2 | 選定の方法について         | P 1 |
| 3 | 業務概要について          | P 1 |
| 4 | 応募事業者の資格要件について    | P 1 |
| 5 | 日程について            | P 2 |
| 6 | 応募の手続きについて        | P 2 |
|   | (1) 募集要項等の説明会     |     |
|   | (2) 質問及び回答        |     |
|   | (3) 参加表明          |     |
|   | (4) 企画提案書及び見積書の提出 |     |
|   | (5) 事業者の決定        |     |
| 7 | 事業者の選定            | P 3 |
| 8 | 委託契約の締結           | P 4 |
| 9 | 応募にあたっての留意点       | P 4 |
|   | (1) 費用の負担         |     |
|   | (2) 虚偽の記載をした場合    |     |
|   | (3) 提出書類の取り扱い     |     |
|   | (4) 選定後の取り扱い      |     |

### (関係資料)

|   |                               |         |
|---|-------------------------------|---------|
| ■ | 仙台市医療型短期入所事業所開設支援事業業務委託仕様書(案) | P 5~6   |
| ■ | 仙台市医療型短期入所事業所開設支援事業スケジュール(予定) | P 7     |
| ■ | 募集要項等に関する質問書                  | P 8     |
| ■ | 仙台市医療型短期入所事業所開設支援事業者選定審査基準等   | P 9~10  |
| ■ | 提出書類一覧表                       | P 11    |
| ■ | 様式集                           | P 12~22 |

## 1 募集の内容について

今回募集するのは、医療的ケア児者や重症心身障害児者等が安心して在宅生活を送れるよう、短期入所を利用しやすい環境を整備することを目的に、既存の医療機関や介護老人保健施設等に対して医療型短期入所事業所（※）の開設支援を行う「仙台市医療型短期入所事業所開設支援事業」を受託する事業者として、当課と優先的に契約交渉を行う者（以下、「優先交渉権者」という。）を選定するものです。

※ 障害者総合支援法に基づく障害福祉サービスの短期入所の一分類。重症心身障害児者や気管切開により呼吸管理を行っている者等を一時的に入所させ、入浴、排せつ、食事等の介護を行う。医療型短期入所については、病院又は診療所若しくは介護老人保健施設又は介護医療院でのみ実施可能な事業とされている。

## 2 選定の方法について

優先交渉権者の選定は、公募型プロポーザル方式により行うものとします。

## 3 業務概要について

### （1）委託業務名

仙台市医療型短期入所事業所開設支援事業

### （2）業務内容

別紙仕様書（案）に記載のとおり

### （3）契約期間

契約日から令和7年3月31日まで

### （4）業務委託予定金額

4,000千円以内

※実際の契約額は、仙台市の定める本業務委託に係る予算の範囲内で改めて協議のうえ決定します。

## 4 応募事業者の資格要件について

本プロポーザル方式に参加表明・提案書を提出する者は、次に掲げる条件をすべて満たす者であることとします。

- （1）医療分野及び福祉分野に精通し、医療型短期入所事業所開設支援の経験のある社会福祉法人等<sup>\*</sup>とします。

※社会福祉法人、医療法人、日本赤十字社、公益社団法人、一般社団法人、公益財団法人、一般財団法人、特例民法法人、NPO法人、営利法人等

- （2）地方自治法施行令第167条の4第1項各号に該当するものでないこと。
- （3）仙台市入札契約暴力団等排除要綱（平成20年10月31日市長決裁）別表に掲げる要件に該当する者でないこと。
- （4）仙台市税の滞納がないこと。
- （5）仙台市内に本・支店又は営業所があること。
- （6）有資格業者に対する指名停止要綱（昭和60年10月29日市長決裁）第2条第1項の規定に

よる指名の停止を受けていないこと。

- (7) 会社更生法（平成 14 年法律第 154 号）に基づく、更生手続開始の申立中、または更生手続  
き中でないこと。
- (8) 民事再生法（平成 11 年法律第 225 号）に基づく、再生手続開始の申立中、または再生手続  
き中でないこと。
- (9) 破産法（平成 16 年法律第 75 号）に基づく、破産手続開始の申立中、または破産手続中  
でないこと。

## 5 日程について

募集及び選定のスケジュールは、7 ページのとおりです。

選定後のスケジュールについては、決定事業者に対し別途具体的に打合せを行います。

## 6 応募の手続きについて

### (1) 募集要項等の説明会

募集要項の概要に係る説明会を下記により開催します。

- ① 日 時 令和 6 年 4 月 1 9 日（金） 1 8 時から
- ② 場 所 仙台市役所本庁舎 6 階 健康福祉局第 4 会議室  
(仙台市青葉区国分町 3-7-1)
- ③ 申込方法 メールまたは電話にて事前にお申込みください。  
メールアドレス：[chiiki\\_shougai@city.sendai.jp](mailto:chiiki_shougai@city.sendai.jp)  
電話番号：022-214-8164

### (2) 質問及び回答

募集要項に関する質問及び回答は、次により行います。

#### ア 質問の方法

質問の内容を簡潔にまとめて、この要項に添付されている「募集要項等に関する質問書」  
に記入のうえ、郵送またはメールでご提出ください。

#### イ 質問の受付

- ① 受付期間 公募開始から令和 6 年 4 月 2 5 日（木）まで
- ② 提出場所 〒980-8671  
仙台市青葉区国分町三丁目 7 番 1 号  
仙台市役所本庁舎 6 階 健康福祉局障害者支援課 地域生活支援係  
メールアドレス：[chiiki\\_shougai@city.sendai.jp](mailto:chiiki_shougai@city.sendai.jp)

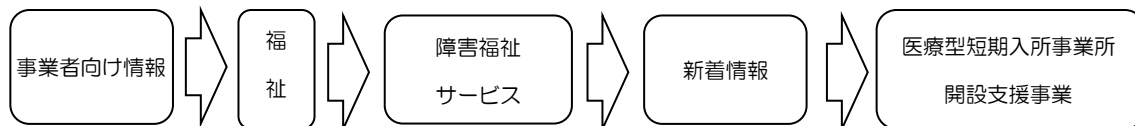
#### ウ 回答

回答は、令和 6 年 4 月 3 0 日（火）に仙台市ホームページに掲載する予定です。

### (3) 参加表明

事業選定に応募する事業者（以下、「応募事業者」という。）は、11ページの「提出書類一覧表」に規定する応募書類を提出してください。

申請に必要な様式等（「提出書類一覧表」（11ページ）を参照）については、仙台市のホームページからダウンロードすることができます。



- ① 提出期限 令和6年5月2日（木）午後5時まで
- ② 提出場所 仙台市役所本庁舎6階 健康福祉局障害者支援課 地域生活支援係
- ③ 提出方法 持参のみ
- ④ 提出部数 1部

### (4) 企画提案書及び見積書の提出

本プロポーザルへの参加を希望する者は、企画提案書及び見積書を作成し、以下により提出すること。

申請に必要な様式等（「提出書類一覧表」（11ページ）を参照）については、仙台市のホームページからダウンロードすることができます。

- ① 提出期限 令和6年5月9日（木）午後5時まで
- ② 提出場所 仙台市役所本庁舎6階 健康福祉局障害者支援課 地域生活支援係
- ③ 提出方法 持参のみ
- ④ 提出部数 正本1部，副本8部

### (5) 事業者の決定

選定結果については、令和6年5月中旬に開催予定の選定委員会後に応募事業者あて文書にて通知する予定です。

## 7 事業者の選定

- ・ 事業者の選定は、事業委託事業者の選定を目的として設置した仙台市医療型短期入所事業所開設支援事業委託事業者選定委員会（以下、「事業者選定委員会」という。）において行います。
- ・ この事業の募集において、応募事業者がいない場合、又は、審査の結果によりすべての事業計画が本事業実施の目的を達成できないと判断した場合は、選定すべき事業者なしとすることがあります。
- ・ 応募事業者が一人のみだった場合についても、審査委員会（プレゼンテーション及びヒアリング）を実施します。
- ・ 審査の基準については、9～10ページの「仙台市医療型短期入所事業所開設支援事業委託事業者選定審査基準等」のとおりですので、企画提案書の作成にあたり参考にして下さい。

## 8 委託契約の締結

委託契約は、仕様書及び企画提案書に基づき、受託候補者と業務内容及び委託費を協議・決定のうえ締結します。業務契約の締結にあたっては、提案をそのまま実施することを予め約束するものではなく、委託内容及び契約金額について、本市の求めに応じ協議のうえ、業務委託限度額の範囲内で変更する可能性があります。協議が整わない場合、候補者決定から契約締結までの手続期間中に辞退の意思又はプロポーザル参加資格の喪失が明らかとなった場合は、順次、審査結果の次点者を繰り上げ、協議のうえ委託契約を締結します。

## 9 応募にあたっての留意点

### (1) 費用の負担

応募に要した費用は、応募事業者の負担とします。

### (2) 虚偽の記載をした場合

応募事業者が虚偽の記載をした書類を提出した場合には、応募を無効にするとともに、虚偽の記載をした者について、所要の措置を講じることがあります。

### (3) 提出書類の取り扱い

提出された書類は、返却しません。

### (4) 選定後の取り扱い

事業者選定委員会により選定された事業者は、その時点での各種法令、通知、協議要領等を基にして、より詳細な事業計画を策定し、本市と協議を行うこととなります。

## 仙台市医療型短期入所事業所開設支援事業業務委託仕様書（案）

### 1 委託業務名

仙台市医療型短期入所事業所開設支援事業

### 2 事業目的

仙台市内の医療機関や介護老人保健施設等に対して医療型短期入所事業所の開設支援を行い、医療的ケア児者や重症心身障害児者等が在宅で安心した生活を送ることができるよう、短期入所が利用しやすい環境を整備することを目的とする。

### 3 事業委託期間

契約締結の日から令和7年3月31日まで

### 4 実施場所

受注者の定める場所で行い、発注者に届け出ること。

### 5 事業内容

#### （1）開設候補となる事業者の選定

- ・調査等により仙台市内の医療機関等の地域資源の実態について把握・分析し、医療型短期入所事業の実施の可能性がある医療機関等の選定を行うこと。
- ・分析の結果については、開設候補となる事業者の一覧のほか必要な資料の作成を行い、受託者に報告すること。
- ・また、多くの医療機関等の医療型短期入所や本事業への関心を高めるため、多様な機会を捉え周知や説明を行うこと。

#### （2）開設候補となる事業者への働きかけ

- ・（1）の結果を踏まえ、選定した事業者に対して、医療型短期入所事業の新規開設の働きかけを行うこと。
- ・事業者への働きかけに際しては、事業者の希望や反応等に応じ、訪問や来所、WEB会議等効果的な方法で行うこと。また、事業者の医療型短期入所の開設への関心を高めるため、事業概要資料の提示や収入シミュレーションの例示等を行うこと。

#### （3）開設に向けた相談対応

- ・医療型短期入所事業への参入に関心を示した事業者、開設に向け準備を行う事業者等に対して運営や指定手続き等について助言を行うための相談窓口を設置し、円滑な開設をサポートすること。
- ・受注者の責任による回答・助言を原則とするが、必要に応じて適切な相談窓口等を紹介することや、指定又は報酬基準上の問合せで市に問い合わせ等の対応は臨機応変に行うこと。
- ・相談内容については記録・整理すること。

## 6 職員配置

- ・ 本件委託業務全体の運営を管理する責任者を1名配置すること。
- ・ 5（1）～（3）の業務を適切に行うことができるよう、必要な人員を配置すること。

## 7 事業計画書の提出

事業を開始するにあたり、事業の実施計画、事業に従事する職員の状況、その他必要書類を提出すること。

## 8 事業の報告

- ・ 月ごとの事業実施状況を翌月の20日までに報告すること。
- ・ 委託業務終了後は、実施状況報告書及び実績報告書を提出すること。

## 9 委託経費

内訳は以下のとおりとする。支払方法は別途、契約書において定める。

### （1）人件費

### （2）その他事業実施に要する費用

物件費等（交通費や郵送料などの役務費、印刷製本費、交通費等）とする。

## 10 その他

委託業務に関して、疑義又は本仕様書に明記なき事項が生じた場合は、市と十分に協議し決定すること。



## 仙台市医療型短期入所事業所開設支援事業者選定スケジュール（予定）

| 時 期       | 事 項                        | 説 明                                      |
|-----------|----------------------------|--|
| 令和6年4月15日 | 募集開始（公告）                   |  |
| 令和6年4月19日 | 募集要項等の説明会                  | 募集要項の概要について説明いたします。                      |
| 令和6年4月25日 | 質問受付締切日                    | 募集要項の内容や事業選定方法等に関する疑義について、市に質問することができます。 |
| 令和6年4月30日 | 質問回答                       | いただいた質問について、仙台市のホームページで回答いたします。          |
| 令和6年5月2日  | 参加表明締切日                    | 仙台市から示された所定の様式により、書類を提出してください。           |
| 令和6年5月9日  | 企画提案書締切日                   | 仙台市から示された所定の様式により、書類を提出してください。           |
| 令和6年5月中旬  | 選定委員会（プレゼンテーション及びヒアリング）の実施 | 提出された企画提案書等の内容について、ヒアリングを行います。           |
| 令和6年5月下旬  | 選定結果の通知                    | 上記委員会での選定結果を応募事業者へ文書で通知します。              |
| 令和6年6月    | 委託契約の締結                    |  |

## 募集要項等に関する質問書

|   | 質 問 事 項 |
|---|---------|
| 1 |         |
| 2 |         |
| 3 |         |
| 4 |         |
| 5 |         |

令和 年 月 日

法 人 名 \_\_\_\_\_

担当者職・氏名 \_\_\_\_\_

連絡先電話番号 \_\_\_\_\_

F A X 番 号 \_\_\_\_\_

## 仙台市医療型短期入所事業所開設支援事業業務委託事業者選定審査基準等

### 1 審査手順

審査は一次審査（資格要件の審査）及び二次審査（企画提案書の審査）により行う。

#### （1）一次審査（資格要件の審査）

- ・ 応募事業者の資格要件を審査し、すべての応募事業者に審査結果の通知を行う。

#### （2）二次審査

- ・ 審査委員会にて、プレゼンテーション及びヒアリングを実施し、二次審査を行う。
- ・ 企画提案書、プレゼンテーション及びヒアリングの内容について、審査・評価し、二次審査の集計結果（点数）に基づいて優先交渉権者を選定する。
- ・ なお、評価にあたっては、「実施体制評価」（40点）及び「事業計画評価」（60点）の2つの視点に基づき採点する。いずれも基準点は5割（「1 実施体制評価」＝20点、「2 事業計画評価」＝30点）として、それを下回った場合には、本事業実施の目的を達成できないと判断し、選定すべき事業者はなしとする。
- ・ 基準点を満たした事業者のうち、合計点が最も高い者を受託候補者として選定する。

### 2 審査委員会

令和6年5月中旬に開催する。企画提案書を提出した事業者によるプレゼンテーション及びヒアリングを実施する。1事業者につきプレゼンテーション10分、ヒアリング10分を予定する。

### 3 審査方法

審査基準は下表のとおりとする。

#### （1）実施体制評価（配点 40点）

|                     |  |        |
|---------------------|--|--------|
| 業務実績                | 過去5年間の同種業務の実施状況及び医療型短期入所の開設実績                | 10点    |
| 情報収集力               | 関係法令・制度等の専門的な情報・知識の入手方法                      | 5点     |
| ネットワーク              | 市内の医療・福祉・介護等の事業を担う法人等とのネットワークを築くノウハウや今後の拡大方法 | 5点     |
| 個人情報保護<br>相談・苦情対応体制 | 守秘義務や個人情報の保護の取扱い、相談・苦情に対する組織的な対応状況           | 5点     |
| 担当者の業務経験            | 担当者の過去5年以内の同種業務の実績                           | 10点    |
| 人員体制                | 業務を適切に履行するための人員体制の確保                         | 5点     |
|                     |  | 小計 40点 |

(2) 事業計画評価 (配点 計 60 点)

|                          |   |         |
|--------------------------|---|---------|
| 業務の理解                    | 社会的背景や課題、将来的な展望と関連した業務の必要性や重要性に関する理解          | 5 点     |
| 実施手順                     | 目的の達成に向けた、業務の手順やスケジュール、業務量に応じた担当職員の役割分担       | 10 点    |
| 開設候補事業者の選定               | 事業の対象となる医療機関や介護老人保健施設等への周知方法及び開設候補となる事業者の選定方法 | 10 点    |
| 選定した事業者への働きかけ            | 選定した開設候補事業者に対する医療型短期入所開設に向けた働きかけの方法           | 10 点    |
| 医療型短期入所開設に向けたサポート        | 医療型短期入所の開設をサポートするための相談への対応方法や人員体制             | 10 点    |
| その他業務の推進・目的達成のために必要な取り組み | 事業の推進・目的達成のために事業者が提案する独自の取り組み                 | 10 点    |
| 事業経費                     | 事業に関する必要経費の積算の妥当性                             | 5 点     |
|                          |   | 小計 60 点 |

## 仙台市医療型短期入所事業所開設支援事業業務委託事業者選定

### 提出書類一覧表

#### 1. 参加表明（提出期限：令和6年5月2日）【各一部】

| 書類No. | 書類の名称              | 提出あたっての注意事項  | 提出確認 |
|-------|--------------------|--|------|
| 1     | 提出書類一覧表（本用紙）       | 実際に提出する書類の「提出確認」欄に「○」をすること   |      |
| 2     | 参加表明書（様式第1号）       |  |      |
| 3     | 法人の登記事項証明書及び定款の写し  |  |      |
| 4     | 法人全体の決算書類の写し       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・直近3箇年度分（令和3～5年度）</li> <li>・財務諸表等の資産や負債の状況、資金収支等が分かるもの</li> </ul> |      |
| 5     | 法人全体の事業計画書類        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・令和6年度に係るもの</li> <li>・任意の様式とします</li> </ul>                        |      |
| 6     | 事業者概要書（様式第2号）      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・本調書提出時の状況を記入すること</li> </ul>                                      |      |
| 7     | 誓約書（様式第3号）         |  |      |
| 8     | 実施体制表（様式第4号）       |  |      |
| 9     | 市税納付状況確認同意書（様式第7号） |  |      |

#### 2. 企画提案書の提出（提出期限：令和6年5月9日）【正本1部、副本8部】

| 書類No. | 書類の名称        | 提出あたっての注意事項   |
|-------|--------------|---|
| 1     | 企画提案書（様式第5号） | <ul style="list-style-type: none"> <li>・A4判、長編綴じを原則とする。</li> <li>・表紙や目次を除き、10ページ（両面印刷で5枚）を上限として、簡潔かつ明瞭に記述すること。なお、文字の大きさに規定は設けませんが、見やすさに配慮すること。</li> </ul> |
| 2     | 見積書（様式第6号）   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・業務委託期間に係るもの</li> </ul>  |

(様式第1号)

令和 年 月 日

(あて先) 仙台市健康福祉局長

住 所

法人・団体名

代表者職氏名

印

**仙台市医療型短期入所事業所開設支援事業提案 参加表明書**

「仙台市医療型短期入所事業所開設支援事業」の提案について、参加します。

**【担当者名】**

|        |  |
|--------|--|
| 所属・役職  |  |
| 氏名     |  |
| 電話     |  |
| F A X  |  |
| E-mail |  |

(様式第2号)

## 事業者概要書

|        |  |
|--------|--|
| 所在地    |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者職氏名 |  |
| 会社設立年月 |  |
| 資本金    |  |
| 事業所数   |  |
| 社員数    |  |
| 事業概要   |  |

※ 本調書提出時の状況を記入すること。

(様式第3号)

# 誓 約 書

令和 年 月 日

(あて先)  
仙台市健康福祉局長

住 所  
法人・団体名  
代表者職氏名

印

仙台市暴力団排除条例第6条の規定に基づき、暴力団等との関係を有していないことを誓約します。また、説明を求められた際には誠実に対応いたします。



(様式第4号)

## 仙台市医療型短期入所事業所開設支援事業実施体制表

仙台市医療型短期入所事業所開設支援事業の実施体制について記載してください。

### 1. 人員体制

| 予定する従事者の合計人数<br>(本業務への月ごとの従事時間見込※) |        | 名<br>( 時間/月) |
|------------------------------------|--------|--------------|
| (内訳)                               | ア) 責任者 | 名            |
|                                    | イ) 従事者 | 名            |

※従事予定者が1ヵ月間に本市業務に充てる、従事見込時間数の合計を記載すること。

### 2. 従事予定者の業務経験等

#### ア 責任者

| 氏名      | 役職             |  |
|---------|----------------|--|
| 主な担当業務  | 同種業務への<br>従事年数 |  |
| 同種の業務経験 |                |  |

#### イ 従事者 (1名以上)

##### <1人目>

| 氏名      | 役職             |  |
|---------|----------------|--|
| 主な担当業務  | 同種業務への<br>従事年数 |  |
| 同種の業務経験 |                |  |

##### <2人目>

| 氏名      | 役職             |  |
|---------|----------------|--|
| 主な担当業務  | 同種業務への<br>従事年数 |  |
| 同種の業務経験 |                |  |

<3人目>

|         |  |                |  |
|---------|--|----------------|--|
| 氏名      |  | 役職             |  |
| 主な担当業務  |  | 同種業務への<br>従事年数 |  |
| 同種の業務経験 |  |                |  |

<4人目>

|         |  |                |  |
|---------|--|----------------|--|
| 氏名      |  | 役職             |  |
| 主な担当業務  |  | 同種業務への<br>従事年数 |  |
| 同種の業務経験 |  |                |  |

<5人目>

|         |  |                |  |
|---------|--|----------------|--|
| 氏名      |  | 役職             |  |
| 主な担当業務  |  | 同種業務への<br>従事年数 |  |
| 同種の業務経験 |  |                |  |

※ 記載欄が不足する場合には、追加して記載すること。

(様式第5号)

令和6年度仙台市医療型短期入所事業所開設支援事業業務委託

## 企 画 提 案 書

令和 年 月 日

所在地

法人・団体名

代表者職氏名

印

### 1 申請者（法人等）の業務実績等

#### (1) 申請者（法人等）の過去5年以内の同種業務の実績

※記載件数は、3件以内とすること。(代表実績から順に記入)

| 発注機関の種類<br>(対象欄に○を記入)           | ・国<br>・都道府県<br>・政令指定都市, 市町村<br>・その他 | ・国<br>・都道府県<br>・政令指定都市, 市町村<br>・その他 | ・国<br>・都道府県<br>・政令指定都市, 市町村<br>・その他 |
|---------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 業務名                             |                                     |                                     |                                     |
| 発注機関                            |                                     |                                     |                                     |
| 年間契約金額                          |                                     |                                     |                                     |
| 履行期間<br>(複数年受託している場合には、その全ての期間) | 年 月～ 年 月                            | 年 月～ 年 月                            | 年 月～ 年 月                            |
| 業務の概要                           |                                     |                                     |                                     |
| 技術的特徴                           |                                     |                                     |                                     |
| 開設件数<br>(履行期間を通じた開設件数)          |                                     |                                     |                                     |

※業務実績は元請けとして契約した業務を対象とすること。

※記載した実績に不備あるいは不十分な点がある場合、採点しないことがある。

## (2) 申請者（法人等）の最新情報の入手状況

※申請者（法人等）の、医療型短期入所をはじめとした障害福祉サービスや、法令、制度等に関する情報の入手及び分析に係る体制について詳しく記載すること。

## (3) 市内法人等とのネットワーク形成のノウハウや今後の拡大方法

※申請者（法人等）の、市内の医療・福祉・介護等の事業を担う法人等とのネットワークを築くノウハウや今後の拡大方法について詳しく記載すること。

## (4) 守秘義務、個人情報保護の取扱い

① 守秘義務、個人情報保護に関する規程の有無      有      ・      無

※ 有の場合、規程の写しを添付すること。

② ①が有の場合、周知等の取組状況について記載すること。

(5) 相談・苦情に対する責任体制

① 組織的な対応方針の有無 有 ・ 無

※ 有の場合、対応方針が分かる資料を添付すること。

② 相談・苦情に対する組織体制図

※ 主担当の有無、責任体制が分かるように記載すること。

2 事業の実施に関する計画等

(1) 申請法人等の組織体制図及び事務

※ 委託業務に係る指揮命令系統が分かるように体系的に示すこと。

(2) 実施スケジュール

※ 業務の分担等も含め、手順を記入すること。

### 3 企画提案

#### (1) 本市の特色, 課題及び解決策

※ 本事業を実施するにあたり, 申請者(法人等)が把握している本市の特色や課題, その解決策について示すこと。

#### (2) 提案内容

##### ア 開設候補事業者の選定方法

※ 地域資源の把握・分析, 本事業や医療型短期入所等に関する周知・広報の方法について記載すること。

##### イ 上記で選定した事業者への働きかけの方法

##### ウ 開設に向けた相談対応の実施方法

##### エ その他業務の推進・目的達成のために必要と認められる内容

※ 仕様書に記載されていない事項であっても, 委託料の上限額の範囲内で実施可能な有益な追加提案があれば記載すること。

(様式第6号)

### 見積書（令和6年度）

| 項目         | 内容 | 数量 | 単位 | 単価 | 計 |
|------------|----|----|----|----|---|
| 人件費        |    |    |    |    |   |
|            |    |    |    |    |   |
|            |    |    |    |    |   |
|            |    |    |    |    |   |
| その他経費      |    |    |    |    |   |
|            |    |    |    |    |   |
|            |    |    |    |    |   |
| 合計         |    |    |    |    |   |
|            |    |    |    |    |   |
| 消費税及び地方消費税 |    |    |    |    |   |
| 合計         |    |    |    |    |   |

※ 記載欄は適宜増減して記入してください。

※ 積算合計額が4,000,000円（消費税及び地方消費税を含む）を超えないでください。

※ 活動内容が事業費の積算から裏づけできるように経費内訳を記入してください。

(様式第7号)

## 市税納付状況確認同意書

令和 年 月 日

(あて先)  
仙台市長

住 所

法 人 名

代表者氏名

印

電 話 番 号

当法人の仙台市市税納付状況を仙台市長が閲覧・確認することに、

- ・ 同意します
- ・ 同意しません

※上記の該当するものを○で囲んでください。

※同意しない場合について

市税の課税の有無にかかわらず区役所、総合支所納税担当課において「市税の滞納がないことの証明書」(一通300円の手数料が必要です)の交付を受けた上で当課に提出してください。

※「市税の滞納がないことの証明書」の交付について

市税を10日以内に納付した場合には、納付状況を確認できない場合があるため、「市税の滞納がないことの証明書」の交付を受ける際に、領収書や通帳等納付した事実がわかる書類をお持ちください。法人市民税・事業所税の場合には申告書の控えもお持ちください。