様式第1号

受付番号：

宗像市介護予防・日常生活支援総合事業多様なサービス（通所型サービスＣ：

短期集中予防サービス）業務（うつ・認知症予防）受託者登録申請書

　　年　　月　　日

宗像市長　あて

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所 在 地  又は　住　所 | 〒  宗像市 | | | |
| フリガナ |  | | | 使　用　印 |
| 商号又は名称 |  | | |  |
| フリガナ |  | | |
| 代表者役職名  氏　　名 |  | | |
| 生年月日 | T・S・H　　　　　年　　　月　　　日 | | |
| ＴＥＬ番号 |  | ＦＡＸ番号 |  | |

※　使用印は、見積書、契約書、請求書等に使用する印鑑を押すこと。法人の場合は代表者印（登記印）を押印し、個人の場合は、ゴム等の変形しやすい材質のもの等は避けること。

実施体制及び営業年数

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 登 録 業 種 | 資格、許可等を有する場合、その種類・名称等 | 営業年数 |
| １ | **通所型サービスＣ** |  | 年 |

※　登録を希望する業種に係る必要な、免許等の写し等を提出してください。

宗像市が委託する介護予防・日常生活支援総合事業多様なサービス（通所型サービスＣ：短期集中予防サービス）業務受託者の契約について、登録を申請します。

また、申請にあたり次の各号について誓約します。

1　この申請書及び添付書類のすべての事項については、事実と相違ありません。

2　申請要件を満たすことに相違ありません。

3　この申請により登録資格を認定されたうえは、宗像市契約事務規則並びに担当職員の指示事項を遵守し、決して不正な行為は行いません。

4　暴力的組織と一定の関係を有しておらず、その確認のために申請内容を福岡県警察に照会することを了承します。

5　契約に関する目的のために市が個人情報を取り扱うことを了承します。

6　上記事項に背信した場合は、登録資格の取り消し等の処分を受けても一切異議を申しません

様式第1号

記入例

**記入不要**

受付番号：

宗像市介護予防・日常生活支援総合事業多様なサービス

（通所型サービスＣ：短期集中予防サービス）業務受託者登録申請書

**申請日を記入してください。**

　　年　　月　　日

宗像市長　あて

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 所 在 地  又は　住　所 | 〒**８１１－○○○○**  宗像市**東郷一丁目○○－○○** | | | |
| フリガナ | **ツウショカイゴジギョウショ○○** | | | 使　用　印 |
| 商号又は名称 | **通所介護事業所○○** | | |  |
| フリガナ | ダイヒョウ　ムナカタ　タロウ | | |
| 代表者役職名  氏　　名 | **代表　宗像 太郎** | | |
| 生年月日 | T・S・H　　　**１２**年　**３**月　**４**日 | | |
| ＴＥＬ番号 | **３６－○○○○** | ＦＡＸ番号 | **３６－○○○○** | |

※　使用印は、見積書、契約書、請求書等に使用する印鑑を押すこと。法人の場合は代表者印（登記印）を押印し、個人の場合は、ゴム等の変形しやすい材質のもの等は避けること。

実施体制及び営業年数

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 登 録 業 種 | 資格、許可等を有する場合、その種類・名称等 | 営業年数 |
| １ | **通所型サービスＣ** | **社会福祉士（常勤：１名）**  **精神保健福祉士（常勤：１名、非常勤：１名）**  **保健師、看護師（非常勤：２名）** | **10**年 |

※　登録を希望する業種に係る必要な、免許等の写し等を提出してください。

**免許等の写しを添付してください。**

宗像市が発注する小規模業務の契約について、登録を申請します。

また、申請にあたり次の各号について誓約します。

1　この申請書及び添付書類のすべての事項については、事実と相違ありません。

2　申請要件を満たすことに相違ありません。

3　この申請により登録資格を認定されたうえは、宗像市契約事務規則並びに担当職員の指示事項を遵守し、決して不正な行為は行いません。

4　暴力的組織と一定の関係を有しておらず、その確認のために申請内容を福岡県警察に照会することを了承します。

5　契約に関する目的のために市が個人情報を取り扱うことを了承します。

6　上記事項に背信した場合は、登録資格の取り消し等の処分を受けても一切異議を申しません。

様式第２号

**業務経歴書**

受付番号：

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **業 種** |  | | **商号又は名称** |  |
| 業　務　名 | | 履行場所 | | 業務期間 |
|  | |  | | 年　　月～　　年　　月 |
|  | |  | | 年　　月～　　年　　月 |
|  | |  | | 年　　月～　　年　　月 |
|  | |  | | 年　　月～　　年　　月 |
|  | |  | | 年　　月～　　年　　月 |

〈記載要領〉

これまでの主な業務について記載すること。

様式第３号

**宗像市税の納税義務者ではないことの申出書**

|  |
| --- |
| 私は宗像市税の納税義務者ではありません。  また、このことについて宗像市の課税担当課に問い合わせされることに同意します。  令和　　　　年　　　　月　　　　日  宗像市長　あて  代表者個人の  住　所  代表者個人の  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞（個人印・認印可）  生年月日 　 　　　　　　 　年　　　 月　　　 日 |

※ 宗像市では、代表者個人が宗像市税を滞納していないことを通所型サービスＣ事業の応募資格要件としています。

このため、代表者個人が宗像市税の納税義務者でない場合は、必ず本申出書を提出してください。

ただし、代表者個人が宗像市税の納税義務者である場合は、本様式ではなく、「宗像市税の滞納がないことの証明書（宗像市税務課発行）」を提出してください。

＜記載要領＞

１　年月日は申請書を提出する日を記入すること。

２　本様式もしくは「宗像市税の滞納がないことの証明書（宗像市税務課発行）」のいずれかを必ず提出すること。

３　住所は代表者個人の住民票上の住所を記入すること。

４　氏名には役職名等は記入しないこと。