（様式1）

広島市産後ヘルパー派遣事業委託事業者申請書

令和　　　年　　月　　日

広　島　市　長　　様

（申請者）

所在地

事業者名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

広島市産後ヘルパー派遣事業実施事業者として応募したいので、別紙の書類を添付して申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 担当者氏名及び連絡先  ※ 本市からの問合せや契約締結時等で使用しますので、必ず全項目を記入してください。 | 担当部署 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| FAX番号 |  |
| Ｅ-mail |  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式2）

広島市産後ヘルパー派遣事業委託事業者申請にかかる誓約書

　令和　　　年　　月　　日

広　島　市　長　　様

（申請者）

事業者の所在地

事業者名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　広島市産後ヘルパー派遣事業委託事業者への応募申請を行うにあたり、広島市産後ヘルパー派遣事業委託事業者募集要項に定める申請資格をすべて満たしており、添付書類の内容について事実に相違ないことを誓約します。

（様式3）

　事業者概要

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業者名称  （ 法 人 等 名 称 ） |  | | | | | |
| 事業者所在地 | （〒　　　　－　　　　　） | | | | | |
|  | | | | | |
| 代表者職名・ |  | | | | | |
| 設立年月日 | 西暦　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | |
| 事業者連絡先 | 電話番号 |  | | | FAX番号 |  |
| E-mail |  | | | | |
| 本事業実施予定  事業所数等  ※1 | 市　内 |  | か所 | 事業所  所在地 | □中区　□東区　□南区　□西区  □安佐南区　□安佐北区　□安芸区  □佐伯区 | |
| 市　外 |  | か所 | 事業所  所在地  ※2 |  | |
| 産後ヘルパー派遣依頼  時の連絡先 | □　申請者（事業者本部）  □　各実施事業所  □　その他※  ※　その他を選択する場合は、派遣実施体制が明記された資料を別に提出してください。 | | | | | |

【記入上の注意】

※1　申請事業者が運営する事業所のうち、本事業を実施する事業所数を記入及び事業所の所在地を☑又は記入すること。

※2　広島市外に所在する事業所についても、広島市内の利用者宅へのサービス提供を計画している場合は、実施事業所数及び事業所が所在する市町を記入すること。（なお、市外の事業所については、広島市に隣接する呉市、東広島市、安芸高田市、廿日市市、安芸郡、山県郡北広島町、安芸太田町に限る。）

（様式4）

広島市産後ヘルパー派遣事業実施事業所の概要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 実施事業所　1 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　　称  （事業所の名称） |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 所　在　地 | 〒　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | |
| 広島県　　　　市 | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | 障害福祉ｻｰﾋﾞｽ | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | 年　　月指定 |
| 介護保険ｻｰﾋﾞｽ | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | 年　　月指定 |
| 管理者 | 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 連　絡　先 | 電話番号 | |  | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | |  | |
| E-mail | | ＠ | | | | | | | | | | | | |
| サービス提供  対応可能地域 | 対応可能区域 | | □ 中区　 　□ 東区 　 □　南区 　 　□　西区  □ 安佐南区 □ 安佐北区　□　安芸区　　□　佐伯区 | | | | | | | | | | | | |
| 特記事項 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 産後ヘルパー数  （事業従業者数） |  | 人 | ※ 産後ヘルパー派遣業務に従事するヘルパーは、本事業に定められる資格要件を満たしていることを宣誓します。 | | | | | | | | | | | | |
| その他 |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 実施事業所　2 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 名　　　称  （事業所の名称） |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 所　在　地 | 〒　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | |
| 広島県　　　　市 | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所番号 | 障害福祉ｻｰﾋﾞｽ | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | 年　　月指定 |
| 介護保険ｻｰﾋﾞｽ | |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  | | 年　　月指定 |
| 管理者 | 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 連　絡　先 | 電話番号 | |  | | | | | | | ＦＡＸ番号 | | | |  | |
| E-mail | | ＠ | | | | | | | | | | | | |
| サービス提供  対応可能地域 | 対応可能区域 | | □ 中区　 　□ 東区 　 □　南区 　 　□　西区  □ 安佐南区 □ 安佐北区　□　安芸区　　□　佐伯区 | | | | | | | | | | | | |
| 特記事項 | |  | | | | | | | | | | | | |
| 産後ヘルパー数  （事業従業者数） |  | 人 | ※ 産後ヘルパー派遣業務に従事するヘルパーは、本事業に定められる資格要件を満たしていることを宣誓します。 | | | | | | | | | | | | |
| その他 |  | | | | | | | | | | | | | | |

※ 欄が不足する場合は、適宜追加すること。