

新潟市巻ふれあい福祉センター 指定管理者申請書類様式集

新潟市西蒲区役所健康福祉課
(担当：地域福祉係)

〒953-8666 新潟市西蒲区巻甲2690番地1

TEL：0256-72-8345

FAX：0256-72-3133

E-mail：kenko.nsk@city.niigata.lg.jp

URL：http://www.city.niigata.lg.jp

目 次

- (様式 1) 新潟市巻ふれあい福祉センター指定申請書
- (様式 2) 新潟市巻ふれあい福祉センター事業計画書(詳細版)
- (様式 3) 新潟市巻ふれあい福祉センター収支計画書(詳細版)
- (様式 4) 新潟市巻ふれあい福祉センター事業計画書及び収支計画書
(概要版)
- (様式 5) 説明会参加申込書
- (様式 6) 質問書
- (様式 7) 新潟市巻ふれあい福祉センター指定管理者応募辞退届

(様式 1)

新潟市巻ふれあい福祉センター指定申請書

令和 年 月 日

(あて先) 新潟市長

法人・団体名

法人・団体所在地

代表者名

印

公の施設に係る指定管理者の募集について、下記のとおり申込みます。

記

- 1 公の施設の名称及び所在地
新潟市巻ふれあい福祉センター
新潟市西蒲区巻甲 4 3 6 3 番地
- 2 申請資格
新潟市巻ふれあい福祉センター指定管理者募集要項「7 申請資格」の欠格要件に該当しない。
- 3 提出書類
 - (1) 新潟市巻ふれあい福祉センター事業計画書(詳細版)(様式 2)
 - (2) 新潟市巻ふれあい福祉センターの管理に関する収支計画書(詳細版)(様式 3)
※積算内訳書などを添付してください。
 - (3) (1)新潟市巻ふれあい福祉センター事業計画書及び(2)の収支計画書(概要版)(様式 4)
 - (4) 定款, 寄附行為, 規約等(法人以外の団体にあつては, これらに類する書類)
 - (5) 登記簿謄本(法人の場合)
 - (6) 役員名簿及び履歴書
 - (7) 団体の概要(パンフレット)
 - (8) 団体の事業計画書, 収支予算書(平成 2 9 年度:指定申請書提出日の属する事業年度)
 - (9) 団体の事業報告書, 収支決算書(平成 2 8 年度:(8)の前事業年度)
 - (10) 国・新潟県・新潟市へ納めるべき税等の納付済を証明する書類

(様式2)

新潟市巻ふれあい福祉センター事業計画書(詳細版)

令和 年 月 日

経営理念・経営方針

--

指定管理者申請の動機

--

指定管理業務に係る事業計画(運営方針など)

--

サービス内容（開館時間、休館日設定）

--

組織・人員体制

--

雇用・労働条件

--

安全確保及び緊急時の対策

--

要望・苦情への対応

--

個人情報の取り扱い・コンプライアンス

--

社会貢献活動等の実績（障がい者雇用、地域活動への参加など）

--

(様式3)

新潟市巻ふれあい福祉センター収支計画書 (詳細版)

収 入

(単位：円)

項 目	内 訳	金 額
新潟市からの指定管理料 (委託料)		
収入合計		

支 出

(単位：円)

項 目	内 訳	金 額
人件費		
管理費		
事務費		
支出合計		

※ 令和3年4月～令和4年3月までの一年間の収支を記入してください。

※ 積算内訳書などを添付して提出してください

(様式4)

新潟市巻ふれあい福祉センター事業計画書及び収支計画書（概要版）

（議会説明用・公表情報）

令和 年 月 日

団体名	
経営理念・経営方針	
指定管理者申請の動機	
指定管理業務に係る事業計画	
サービス内容 ・開館時間 ・休館日の設定	
支出計画	人件費 管理費 事務費
組織・人員体制	
雇用・労働条件	
安全確保及び緊急時の対応	
要望・苦情への対応	
個人情報の取扱 コンプライアンス	
社会貢献活動の実績	

(様式5)

説明会参加申込書

(あて先) 新潟市長

法人・団体名

法人・団体所在地

代表者名

印

新潟市巻ふれあい福祉センターの指定管理者募集説明会への参加を下記のとおり申し込みます。

法人等の名称				
参加者氏名				
担当者連絡先	ふりがな 氏名			
	電話番号		FAX番号	
	E-mail			

※ 説明会については、各法人等2名以内でお願いします。

【申込先】新潟市西蒲区健康福祉課地域福祉係
FAX : 0256-72-3133
E-mail : kenko.nsk@city.niigata.lg.jp

(様式6)

質 問 書

令和 年 月 日

新潟市西蒲区役所健康福祉課 宛

新潟市巻ふれあい福祉センター指定管理者募集要項及び業務仕様書等について、下記のとおり質問事項を提出します。

法人等の名称			
担当者連絡先	ふりがな 氏 名		
	電話番号	FAX 番号	
	E-mail		

質問項目	質問内容

※ 質問項目には、募集要項等のページ、項目等を記入してください。

【申込先】新潟市西蒲区健康福祉課地域福祉係
FAX：0256-72-3133
E-mail：kenko.nsk@city.niigata.lg.jp

(様式7)

指定管理者応募辞退届

令和 年 月 日

(あて先) 新潟市長

法人・団体名

法人・団体所在地

代表者名

印

新潟市巻ふれあい福祉センターの指定管理者の応募を辞退します。