指定管理者公募要項　別添３

応募書類様式集（横浜市救急医療センター）

目　次

横浜市救急医療センター指定管理者の応募関係書類（表紙）

様式１　　　指定申請書（条例施行規則の別記様式）

様式２　　　事業計画書

様式３－１　指定管理料提案書及び収支予算書

様式３－２　収支予算内訳書

様式賃－１　賃金水準スライドの対象となる人件費に関する提案書

様式４　　　団体の概要

様式５　　　役員等氏名一覧表

様式５－２　共同事業体の結成に関する申請書

様式５－３　共同事業体連絡先一覧

様式５－４　事業協同組合等構成員表

様式６　　　欠格事項に該当しない宣誓書

様式７　　　横浜市税の納税状況調査の同意書

様式８　　　法人税及び法人市民税の課税対象となる収益事業等を実施していないことの宣誓書

様式９　　　労働保険、健康保険及び厚生年金保険の加入の必要がないことについての申出書

様式10　　　評価基準加点項目に係る申出書

様式10－２　障害者雇用計算表

様式11　　　応募説明会参加申込書

様式12　　　質問書

様式13　　　辞退届

**横浜市救急医療センター指定管理者の応募関係書類（表紙）**

１　提出書類は、本表紙の□欄に確認した旨のレ印を記入してください。

２　ファイルやステープラー等で留めず、クリップ留めにした正本１部、副本１部及び応募団体が特定できないようにしたうえでファイルに綴じた10部を提出してください。

（各書類には、ページ数及びインデックスを付けてください。）

３　用紙サイズについて、原本で用紙サイズが決まっているもの以外は、A4サイズに統一し、文字は明瞭なものを提出してください。

４　事業計画書（様式２）においては、業務の工夫等について、具体的に記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 団体名 |  |
| 確認欄 | 提出書類名 | ｲﾝﾃﾞｯｸｽ番号 |
| □ | ア　指定申請書（様式１） | ア |
| □ | イ　事業計画書（様式２） | イ |
| □ | ウ　指定管理料提案書及び収支予算書（様式３－１）収支予算内訳書（様式３－２） | ウ |
| □ | エ　賃金水準スライドの対象となる人件費に関する提案書（様式 賃－１） | エ |
| □ | オ　団体の概要（様式４） | オ |
| □ | カ　役員等氏名一覧表（様式５） | カ |
| □ | キ　欠格事項に該当しない宣誓書（様式６） | キ |
| □ | ク　定款、規約その他これらに類する書類 | ク |
| □ | ケ　履歴事項全部証明書（法人のみ） | ケ |
| □ | コ　指定申請書を提出する日の属する事業年度の収支予算書及び事業計画書並びに前事業年度の収支計算書及び事業報告書（様式自由）※ | コ |
| □ | サ　直近３か年度分の貸借対照表、財産目録、損益計算書等（任意団体においては、これらに類する書類）※ | サ |
| □ | シ　納税証明書 その３の３ | シ |
| □ | ス　横浜市税の納付状況調査の同意書（様式７） | ス |
| □ | ※　（該当する場合には）法人税及び法人市民税の課税対象となる収益事業等を実施していないことの宣誓書（様式８） | ※シ～ス |
| □ | セ　労働保険（労災・雇用）の加入を確認できる書類：労働局、労働基準監督署又は労働保険事務組合発行の労働保険料の領収書の写し（直近の１回分）等 | セ |
| □ | ソ　健康保険の加入を確認できる書類：年金事務所又は健康保険組合発行の健康保険料の領収書の写し（直近の１回分）等 | ソ |
| □ | タ　厚生年金保険の加入を確認できる書類：年金事務所又は健康保険組合発行の厚生年金保険料の領収書の写し（直近の１回分）等 | タ |
| □ | ※　（セからタまでのいずれかの保険に加入する必要がない場合は）労働保険、健康保険及び厚生年金保険の加入の必要がないことについての申出書（様式９） | ※セ～タ |
| □ | チ　団体の現在の組織、人事体制を示す人事労務関係の書類（就業規則、給与規定等） | チ |
| □ | ツ　設立趣旨、事業内容のパンフレットなど団体の概要がわかるもの | ツ |
| □ | テ　評価基準加点項目に係る申出書（様式10）加点項目「本市重要施策を踏まえた応募団体の取組状況」において加点を希望する場合のみ障害者の雇用の促進等に関する法律第43条第７項による障害者雇用状況の報告義務を有さない事業者であって、加点を希望する場合は「障害者雇用計算表（様式10－2）」を様式10に加えて提出 | テ |
| 共同事業体を結成して応募する場合は、次の書類も提出 |
| □ | カ－(ｱ)　共同事業体の結成に関する申請書（様式５－２） | カ－(ｱ) |
| □ | カ－(ｲ)　共同事業体連絡先一覧（様式５－３） | カ－(ｲ) |
| 中小企業等協同組合として応募する場合は、次の書類も提出 |
| □ | カ－(ｳ)　事業協同組合等構成員表（様式５－４） | カ－(ｳ) |

※　提出日時点で前事業年度の決算が確定していない場合は、決算が確定している直近の事業年度及び直近の３か年度の書類をそれぞれ御提出ください。

様式１

指　　定　　申　　請　　書

年　　月　　日

（申請先）

　横浜市長

所在地

申請者　団体名

代表者氏名

横浜市救急医療センターの指定管理者の指定を受けたいので、申請します。

(注意)　申請に際しては、次の書類を添付してください。

　　(1)　事業計画書

　　(2)　定款、寄附行為、規約その他これらに類する書類

　　(3)　法人にあっては、当該法人の登記事項証明書

　　(4)　指定申請書を提出する日の属する事業年度の収支予算書及び事業計画書並

びに前事業年度の収支計算書及び事業報告書

　　(5)　横浜市救急医療センターの管理に関する業務の収支予算書

　　(6)　その他市長が必要と認める書類

様式２　事業計画書　〔１／○（様式２の総ページ数）〕

|  |
| --- |
| １　団体の状況　（１）団体の理念、基本方針及び財務状況等 |
| 団体の理念や基本方針等について記載してください。 |
|  |
| 財務状況の健全性、安定した経営ができる基盤等について記載してください。 |
|  |

様式２　事業計画書　〔○／○〕

|  |
| --- |
| １　団体の状況　（２）応募理由 |
| 救急医療センターの設置目的等を踏まえ、応募した理由を記載してください。 |
|  |

様式２　事業計画書　〔○／○〕

|  |
| --- |
| ２　基本方針　（１）事業実施の基本方針 |
| 救急医療センターの役割や特色を活かした事業展開の基本方針について記載してください。 |
|  |

様式２　事業計画書　〔○／○〕

|  |
| --- |
| ３　職員配置・育成　（１）職員の確保・配置及び育成 |
| 救急医療センターの施設運営及び建物、設備の維持管理をする上で、必要な職員の確保、適正な配置及び育成、研修についての考えや計画を記載してください。また、救急医療センターを運営するための組織図、職員等配置計画を示してください。 |
|  |

様式２　事業計画書　〔○／○〕

|  |
| --- |
| ４　施設の管理運営　（１）建物及び設備の維持保全並びに管理 |
| 施設の安全確保及び長寿命化の観点から、利用者が施設を快適・安全に利用するための施設・設備の維持保全及び管理に関する計画を記載してください。 |
|  |

|  |
| --- |
| ４　施設の管理運営　（２）修繕等への取組 |
| 施設の安全確保及び長寿命化の観点から、適切かつ積極的な修繕計画について、具体的に記載してください。また、建築局が実施する劣化調査や二次点検等に伴う、優先的に行うべき修繕等への対応について記載してください。 |
|  |

様式２　事業計画書　〔○／○〕

|  |
| --- |
| ４　施設の管理運営　（３）事故防止体制・緊急時（防犯）の対応 |
| 事件・事故防止への取組及び事故・災害等発生等の対応や体制について、具体的に記載してください。 |
|  |

|  |
| --- |
| ４　施設の管理運営　（４）防災に対する取組 |
| 市防災計画を踏まえ、公の施設としての役割について、具体的に記載してください。 |
|  |

様式２　事業計画書　〔○／○〕

|  |
| --- |
| ４　施設の管理運営　（５）利用者の意見・要望・苦情への対応 |
| 利用者の意見、要望、苦情への対応について、具体的に記載してください。 |
|  |

|  |
| --- |
| ４　施設の管理運営　（６）個人情報保護・情報公開、人権尊重、環境への配慮、市内中小企業優先発注など、本市の重要施策を踏まえた施設運営 |
| 本市の重要施策を踏まえた取組について、具体的に記載してください。 |
|  |

様式２　事業計画書　〔○／○〕

|  |
| --- |
| ５　事業の企画・実施　（１）事業計画・事業展開 |
| **夜間急病センター事業**の診療体制の確保について、具体的な計画、確保の見込みについて、記載してください。 |
|  |

様式２　事業計画書　〔○／○〕

|  |
| --- |
| ５　事業の企画・実施　（２）他機関との連携 |
| **夜間急病センター事業**において、入院や専門的な診療が必要な患者を円滑に他医療機関に転送できるようにするための具体的な方策について、記載してください。 |
|  |

様式２　事業計画書　〔○／○〕

|  |
| --- |
| ５　事業の企画・実施　（３）その他センターで実施する事業 |
| **その他救急医療センターで実施する事業**に関する計画及び事業展開について具体的に記載してください。 |
|  |

様式２　事業計画書　〔○／○〕

|  |
| --- |
| ６　収支計画及び指定管理料　（２）施設の課題等に応じた費用配分 |
| 利用者サービスのための経費や修繕費への配分など、施設の特性や課題に応じた、費用配分について、具体的に記載してください。 |
|  |

|  |
| --- |
| ６　収支計画及び指定管理料　（３）経費節減への取組 |
| 経費節減への取組ついて、具体的に記載してください。 |
|  |

様式２　事業計画書　〔○／○〕

|  |
| --- |
| ７　加減点項目　（２）前期（平成27年度～令和６年度）の指定管理業務の実績 |
| 実績について、具体的に記載してください。 |
|  |

（様式 賃－１）

賃金水準スライドの対象となる人件費に関する提案書

団体名

１　基礎単価

|  |  |
| --- | --- |
| 雇用形態 | 基礎単価（円） |
| 事務ほか | 医師 | 看護師 |
| 正規雇用職員等 |  |  |  |
| 臨時雇用職員等 |  |  |  |

※　一人一年あたり

２　配置予定人数

（１）事務ほか

|  |  |
| --- | --- |
| 雇用形態 | 配置予定人数（人） |
| Ｒ７年度 | Ｒ８年度 | Ｒ９年度 | Ｒ10年度 | Ｒ11年度 | Ｒ12年度 | Ｒ13年度 | Ｒ14年度 | Ｒ15年度 | Ｒ16年度 |
| 正規雇用職員等 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 臨時雇用職員等 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（２）医師

|  |  |
| --- | --- |
| 雇用形態 | 配置予定人数（人） |
| Ｒ７年度 | Ｒ８年度 | Ｒ９年度 | Ｒ10年度 | Ｒ11年度 | Ｒ12年度 | Ｒ13年度 | Ｒ14年度 | Ｒ15年度 | Ｒ16年度 |
| 正規雇用職員等 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 臨時雇用職員等 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（３）看護師

|  |  |
| --- | --- |
| 雇用形態 | 配置予定人数（人） |
| Ｒ７年度 | Ｒ８年度 | Ｒ９年度 | Ｒ10年度 | Ｒ11年度 | Ｒ12年度 | Ｒ13年度 | Ｒ14年度 | Ｒ15年度 | Ｒ16年度 |
| 正規雇用職員等 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 臨時雇用職員等 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

３　人員配置の理由（雇用形態内での職種分けや年度による配置予定人数の増減 等）

|  |
| --- |
| （記入例）正規雇用職員について○年度のみ配置人数が多いのは、区制100周年に合わせて通年で様々なイベントを行うために、人員を増やして対応しようと考えているためです。臨時雇用職員について前半の３年度に比べて残りの２年度の人数が少ないのは、職員のノウハウが蓄積されることにより業務が効率化され、配置人数もスリム化できると考えているためです。 |

（様式４）

団体の概要

（令和○年○月現在）

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）商号又は名称 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 共同事業体又は中小企業等協同組合として応募している場合には、その名称を記入してください。 |
| （ふりがな）名称 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 所在地 | 〒 |
| 設立年月日 | 　　　　年　　　　月 |
| 沿革 |  |
| 事業内容等 |  |
| 財政状況※直近３か年の事業年度分 | 年度 | 令和○年度 | 令和○年度 | 令和○年度 |
| 総収入 |  |  |  |
| 総支出 |  |  |  |
| 当期収支差額 |  |  |  |
| 次期繰越収支差額 |  |  |  |
| 連絡担当者 | (ふりがな)氏名 | （　　　　　　　　） |
| 部署・職名 |  |
| 電話番号 |  | FAX |  |
| E-mail |  |
| 特記事項 |  |

（様式６）

欠格事項に該当しない宣誓書

令和　年　月　日

　（申請先）

　　横浜市長

（申請者）

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

　当団体は、横浜市救急医療センターの指定管理者への応募に際し、応募資格を満たすとともに次の欠格事項に該当しないことを宣誓します。

≪欠格事項≫

１　法人税、法人市民税、消費税、地方消費税等の租税を滞納していること

２　労働保険（雇用保険・労災保険）及び社会保険（健康保険・厚生年金保険）への加入への必要があるにも関わらず、その手続きを行っていないこと

３　会社更生法・民事再生法による更生・再生手続中であること

４　指定管理者の責に帰すべき事由により、本市又は他の地方公共団体から２年以内に指定の取消を受けたも

　のであること

５　地方自治法施行令第167条の４の規定により、本市における入札参加を制限されていること

６　選定委員が、応募しようとする団体の経営または運営に直接関与していること

７　暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第77号）第２条第２号に規定する暴力団をいう。）又は暴力団経営支配法人等（横浜市暴力団排除条例（平成23年12月横浜市条例第51号）第２条第５号に規定する暴力団経営支配法人等をいう。）であること

８　２年以内に労働基準監督署から是正勧告を受けている場合においては、必要な措置の実施について労働基準監督署に報告済みでないこと

９　次のうち、当団体の応募形式に関する事項について、該当していること

(1)　単体として応募している場合

医療法に規定する診療所を設置できる、営利を目的としない法人ではないこと

(2)　共同事業体として応募している場合

ア　当該業務を担当する構成団体が医療法に規定する診療所を設置できる、営利を目的としない法人ではないこと

イ　協定締結時までに、代表団体及び責任分担を明確に定めた組合契約を締結し、組合契約書の写しを提出することができないこと

ウ　当該共同事業体の構成団体が救急医療センターの指定管理者の選定に単体又は２以上の共同事業体の構成団体として応募していること

(3)　中小企業等協同組合として応募している場合

ア　当該業務を担当する組合員が、医療法に規定する診療所を設置できる、営利を目的としない法人ではないこと

イ　応募時に担当組合員及び責任分担を明確に定め、「事業協同組合等構成員表」を提出することができないこと

ウ　当該中小企業等協同組合の担当組合員が救急医療センターの指定管理者の選定に単体又は２以上の中小企業等協同組合の担当組合員として応募していること

（様式７）

横浜市税の納付状況調査の同意書

令和○年○月○日

（申請先）

横浜市長

（申請者）

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

＜横浜市税の手続において、通知等送付先の登録が団体の住所と異なる場合は、下記も御記入ください＞

　通知等送付先

当団体は、横浜市が横浜市救急医療センターの指定管理者選定等に伴い、次の事項を行うことに同意します。

１　指定管理者選定時及び指定期間中の毎年度、次の税目の納付状況の調査を行うこと

(1)　市民税・県民税（特別徴収分）

(2)　法人市民税

(3)　事業所税

(4)　固定資産税・都市計画税（土地・家屋）

(5)　固定資産税（償却資産）

２　当団体が複数の施設の、指定管理者選定に応募している場合又は指定管理者となっている場合、１の調査結果を関係する施設所管課間で共有すること

【各種事項記入欄】

|  |  |
| --- | --- |
| 法人格の有無 | （　有　・　無　） |

※差し支えなければ、次の事項についても御記入ください。

|  |  |
| --- | --- |
| 法人市民税賦課コード | 対象：横浜市内に本店又は営業所があり、課税されている団体 |
|  | 申告区 | 横浜市内に事務所等を有する場合には、法人市民税申告書を提出している区を御記入ください。横浜市（　　　　）区 |
| 管理番号 | 「法人市民税申告書」又は「領収証書」に記載されている管理番号を御記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  |  |  |  |

 |
| 事業所税賦課コード | 対象：横浜市内に本店又は営業所があり、課税されている団体（資産割：市内の事業所床面積の合計が1,000㎡を超える規模で事業を行う法人、従業者割：市内の事業所等の従業者数の合計が100人を超える法人）※都道府県が課す「事業税」とは異なります。 |
|  | 申告区 | 事業所税賦課コードをお持ちの場合には、申告区を御記入ください。横浜市（　　　　）区 |
| 整理番号 | ※「事業に係る事業所税申告書」又は「領収証書」に記載されている整理番号を御記入ください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | - |  |  |  |  |  |

 |

（様式８）

法人税及び法人市民税の課税対象となる収益事業等を実施していないことの宣誓書

令和　年　月　日

（申請先）

横浜市長

（申請者）

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

当団体は、法人税法第４条第１項及び地方税法第296条第１項に規定する収益事業等を、直近５か年の事業年度において実施していないことを宣誓します。

（様式９）

労働保険、健康保険及び厚生年金保険の加入の必要がないことについての申出書

令和　年　月　日

（申請先）

横浜市長

（申請者）

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

横浜市救急医療センターの指定管理者選定にあたり、次の事項のうち□欄にチェックしたものについて申し出ます。

なお、今後、各種保険の加入義務が生じた場合には、直ちに手続を行うとともに、横浜市に報告します。

１　労働保険（労災保険・雇用保険）について、次の理由により加入の必要はありません。

□(1)　労災保険について

|  |
| --- |
| 理由： |

なお、上記の理由により加入の必要がないことについては、令和○年○月○日、

（　確認先機関名を記載　例:○○労働基準監督署○○課　）に、（電話・訪問）により確認しました。

□(2)　雇用保険について

|  |
| --- |
| 理由： |

なお、上記の理由により加入の必要がないことについては、令和○年○月○日、

（　確認先機関名を記載　例:○○公共職業安定所○○課　）に、（電話・訪問）により確認しました。

□２　健康保険について、次の理由により加入の必要はありません。

|  |
| --- |
| 理由： |

なお、上記の理由により加入の必要がないことについては、令和○年○月○日、

（　確認先機関名を記載　例: ○○年金事務所○○課　）に、（電話・訪問）により確認しました。

□３　厚生年金保険について、次の理由により加入の必要はありません。

|  |
| --- |
| 理由： |

なお、上記の理由により加入の必要がないことについては、令和○年○月○日、

（　確認先機関名を記載　例: ○○年金事務所○○課　）に、（電話・訪問）により確認しました。

※必ず「理由」も記入してください。

【問合せ先】

○労働保険（労災保険・雇用保険）について

厚生労働省のホームページより、「都道府県労働局（労働基準監督署）所在地一覧」をご覧ください。

<http://www.mhlw.go.jp/kouseiroudoushou/shozaiannai/roudoukyoku/>

○健康保険及び厚生年金保険について

日本年金機構のホームページより、「全国の相談・窓口一覧」をご覧ください。

<http://www.nenkin.go.jp/section/soudan/index.html>

評価基準加点項目に係る申出書

（様式10）

応募団体名：

指定管理者公募要項中、評価基準に規定する加減点項目において、以下の項目について加点を希望するため、必要書類を添付し提出します。

１　本市重要施策を踏まえた応募団体の取組状況

□（１）障害者法定雇用率の達成状況（申請直前の６月１日現在の状況で判断してください。）

【添付資料】

　　以下のいずれかの書類を添付してください。

　　※**法定雇用率を超える場合に加点対象**となります。障害者雇用率算定の結果、**法定雇用率（2.50％）と同値の場合には、加点対象外**です。

　　①障害者の雇用の促進等に関する法律第43条第７項による障害者雇用状況の報告義務がある
場合：障害者雇用状況報告書（事業主控）の写し（申請日の直近の６月１日現在の職業安定所の受付印が確認できるもの※）

②上記①以外の場合：障害者雇用率（実雇用率）が2.50％を超えていることを確認するため、別紙の障害者雇用計算表を作成のうえ、提出してください（申請日の直近の６月１日現在の状況を記載してください。）。

（２）ワークライフバランス及び男女共同参画の推進（申請日時点の状況で判断してください。）

□　ア　次世代育成支援対策推進法に基づく一般事業主行動計画の策定

　　　**（従業員101人未満の場合のみ加算対象）**

【添付資料】

　以下のいずれかの書類を添付してください。（いずれの場合も労働局の受付印が確認できるもの※）

　・「一般事業主行動計画策定・変更届」の写し（次世代育成支援対策推進法施行規則第１条
第１項に規定されたもの）

　・「一般事業主行動計画作成・変更届（一体型）」の写し（次世代育成支援対策推進法施行規則
第１条第２項に規定されたもの）

□　イ　女性の職業生活における活躍の推進に関する法律に基づく一般事業主計画の策定

　　**（従業員101人未満の場合のみ加算対象）**

【添付資料】

　以下のいずれかの書類を添付してください。（いずれの場合も労働局の受付印が確認できるもの※）

　・「一般事業主行動計画策定・変更届」の写し（女性活躍推進法第８条第１項に規定されたもの）

　・「一般事業主行動計画作成・変更届（一体型）」の写し（次世代育成支援対策推進法施行規則
第１条第２項に規定されたもの）

※電子申請で提出した場合は、受領がわかる画面データを添付してください。

□　ウ　①次世代育成支援対策推進法による認定（「くるみん」、「トライくるみん」又は「プラチナくるみん」の認定）、②女性の職業生活における活躍の推進に関する法律に基づく認定（「えるぼし」又は「プラチナえるぼし」の認定）又は③「よこはまグッドバランス企業」の認定【①から③のうち、いずれか１項目を満たせば加点対象】

　　　　【添付資料】

　　　　　 加点対象となる認定項目に係る認定証の写し（「よこはまグッドバランス企業」の認定においては、申請日時点において認定期間内となっているものに限る。）

【注意事項】

・加点対象となる項目に「☑」を記入してください。

・応募団体がJV（共同事業体）の場合は、代表企業の該当の状況により判断してください。

（様式10－２）

応募団体名：

障害者雇用計算表

障害者の雇用の促進等に関する法律第43条第７項による**障害者雇用状況の報告義務を有さない事業者であって、加点を希望する場合**には、障害者雇用率が2.50％を超えていることを確認するため、次の障害者雇用計算表に必要事項を記入のうえ、提出してください。

障害者雇用計算表（**申請日の直前の６月１日現在の状況**を記載してください。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 常用雇用労働者数（Ａ） ※短時間労働者を除く |  | 人 |
| 短時間労働者数（Ｂ） |  | 人 |
| **算定基礎労働者数**（Ｃ）： 【Ａ＋（Ｂ×1/2）】（小数点以下第１位まで記載） |  | 人 |
|  |  |  |
| 常用の障害者雇用数 | 重度の身体･知的障害者数 （Ｄ） |  | 人 |
| Ｄ以外の身体･知的及び精神障害者数 （Ｅ） |  | 人 |
| 短時間の障害者雇用数 |  重度の身体･知的障害者数 （Ｆ） |  | 人 |
| Ｆ以外の身体･知的及び精神障害者数※１（Ｇ） |  | 人 |
| 特定短時間の障害者雇用数 |  重度の身体･知的及び精神障害者数（Ｈ） |  | 人 |
| **算定障害者数**（Ｉ）：【（Ｄ×２）＋Ｅ＋Ｆ＋（Ｇ＋Ｈ）×1/2）】（小数点以下第１位まで記載） |  | 人 |
|  |  |  |
| **障害者雇用率** 【Ｉ/Ｃ×100】（小数点以下第３位を四捨五入） |  | ％ |

法定雇用率を**超える**場合に加点対象となります。障害者雇用率算定の
結果、**法定雇用率（2.50％）と同値の場合には、加点対象外**です。

【注意事項】

提出書類は返却しません。また、提出書類は本件審査にのみ使用し、その他の目的には
使用しません。ただし、必要に応じ提出された書類について、事実確認（雇用を証明する
書類の提出等）を求めることがありますので、ご了承ください。

【記載方法】

・（Ａ）、（Ｄ）、（Ｅ）の常用雇用労働者とは、１週間の所定労働時間が30時間以上で、１年以上継続して雇用される者（見込みを含む）。

・身体障害者は、原則として身体障害者福祉法に規定する身体障害者手帳の等級が１級から６級の者。このうち（Ｄ）、（Ｆ）、（Ｈ）の重度身体障害者は、身体障害者のうち１級又は２級の者。

・知的障害者は、児童相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター、精神保健指定医又は障害者職業センターにより知的障害者と判定された者。このうち（Ｄ）、（Ｆ）、（Ｈ）の重度知的障害者は、愛の手帳（療育手帳）で程度が「Ａ」とされている者、「Ａ」に相当する程度（特別障害者控除を受けられる程度等）とする判定書を受けている者又は障害者職業センターにより「重度知的障害者」と判定された者。

・精神障害者は、精神保健福祉手帳の交付を受けている者。

・（Ｂ）、（Ｆ）、（Ｇ）の短時間労働者は、１週間の所定労働時間が20時間以上30時間未満で、１年以上継続して雇用される者（見込みを含む）。

※１：対象障害者である労働者や職員の数の算定に当たっては、厚生労働省資料「精神障害者の算定特例の延長について」に基づき、精神障害者である短時間労働者や短時間勤務職員については、１人とカウントの上、（Ｅ）へ記載。

・（Ｈ）の特定短時間労働者は、１週間の所定労働時間が10時間以上20時間未満で、１年以上継続して雇用される者（見込みを含む）。

【記載にあたっての留意事項】

**１　対象となる障害者**

（１）「身体障害者」とは、身体障害者福祉法（昭和24年法律第283号）に規定する身体障害者手帳の等級が１級から６級に該当する者とします。このうち「重度身体障害者」とは、このうち１級または２級とされる者です。

（２）「知的障害者」とは、児童相談所、知的障害者福祉法（昭和35年法律第37号）第12条第１項に規定する知的障害者更生相談所、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第６条第１項に規定する精神保健福祉センター、精神保健指定医又は障害者の雇用の促進等に関する法律第19条の障害者職業センターにより知的障害者と判定された者をいいます。また、「重度知的障害者」とは、知的障害者のうち知的障害の程度が重いと判定された者をいいます。具体的には、次のいずれかに該当する者となります。

ア　愛の手帳（療育手帳）で程度が「Ａ」とされている者。

イ　児童相談所、知的障害者更生相談所、精神保健福祉センター、精神保健指定医による、療育手帳の「Ａ」に相当する程度（特別障害者控除を受けられる程度等）とする判定書を受けている者。

ウ　障害者職業センターにより「重度知的障害者」と判定された者。

（３）「精神障害者」とは、精神保健福祉手帳の交付を受けている者とします。

**２　算定基礎労働者数のカウントの考え方について**

（１）常用雇用労働者の範囲

次のとおり１年以上継続して雇用される者（見込みを含む）をいいます。ただし、１年以上継続して雇用されている者であっても、１週間の所定労働時間が20時間未満の者について　は、障害者雇用率制度上の常用雇用労働者の範囲には含めません。

ア　雇用期間の定めのない労働者

イ　一定期間（１か月、６か月等）を定めて雇用される者であっても、その雇用期間が反復更新されて事実上アと同一状態にあると認められる者

ウ　日々雇用される者であっても、雇用契約が日々更新されて、事実上アと同一状態にあると認められる者

（２）短時間労働者の範囲

次の要件に該当する者をいいます

ア　１週間の所定労働時間が20 時間以上30 時間未満

　　　（**特定短時間労働者の数は含めない**こと。）

イ　１年以上継続して雇用されること（見込みを含む。）

　　※対象障害者である労働者や職員の数の算定に当たっては、厚生労働省資料「精神障害者の算定特例の延長について」に基づき、精神障害者である短時間労働者や短時間勤務職員については、１人とカウントします。

**３　算定障害者数のカウントの考え方について**

（１）常用の障害者雇用数

身体障害者、知的障害者及び精神障害者である常用雇用労働者のうち、１週間の所定労働時間が30時間以上の者は１人につき１人分雇用しているとみなします。ただし、重度身体障害者及び重度知的障害者は、１人につき２人分雇用しているとみなします。

（２）短時間の障害者雇用数

身体障害者、知的障害者及び精神障害者である短時間労働者（１週間の所定労働時間が20時間以上30時間未満）は、１人につき0.5人分雇用しているとみなします。ただし、重度身体障害者及び重度知的障害者は１人につき１人分雇用しているとみなします。

　※対象障害者である労働者や職員の数の算定に当たっては、厚生労働省資料「精神障害者の算定特例の延長について」に基づき、精神障害者である短時間労働者や短時間勤務職員については、１人とカウントします。

（３）特定短時間の障害者雇用数

重度身体障害者、重度知的障害者及び精神障害者である特定短時間労働者（１週間の所定労働時間が10時間以上20時間未満）は、１人につき0.5人分雇用しているとみなします。

（様式11）

横浜市救急医療センター応募説明会・現地見学会　参加申込書

令和○年○月○日

（申請先）

横浜市長

（申請者）

所在地

商号又は名称

担当者名

電話番号

横浜市救急医療センターの応募者説明会・現地見学会について、次のとおり参加を申し込みます。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （ふりがな）氏　　名 | 部署・職名 | 出席内容（希望に〇） |
| （　　　　　　　） |  | 応募説明会のみ ／現地見学会のみ ／両方 |
| （　　　　　　　） |  | 応募説明会のみ ／現地見学会のみ ／両方 |
| （　　　　　　　） |  | 応募説明会のみ ／現地見学会のみ ／両方 |

【お申し込みについて】

|  |
| --- |
| 期限：令和６年６月21日（金）午後５時まで方法：E-mail又はFAXで、医療局救急・災害医療課あてに送付してください。 |

（様式12）

横浜市救急医療センターの指定管理者公募要項等に関する質問書

令和○年○月○日

（申請先）

横浜市長

（申請者）

所在地

商号又は名称

担当者名

電話番号

横浜市救急医療センターの指定管理者公募要項等について、次のとおり質問事項を提出します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 対象書類等（該当に○） | ページ・項目 | 内容 |
| ・公募要項・応募関係書類・その他（　　　　　） |  |  |

【受付について】

|  |
| --- |
| 期間：令和６年７月１日（月）午前９時から７月３日（月）午後５時まで方法：E-mail又はFAXで、医療局救急・災害医療課あてに送付してください。その他：お電話での御質問にはお答えいたしかねますので、あらかじめ御了承ください。 |

（様式13）

辞退届

令和○年○月○日

（申請先）

横浜市長

（申請者）

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

横浜市救急医療センターの指定管理者の選定について、都合により辞退したいのでお届けします。

【担当者連絡先】

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）氏　　名 | （　　　　　　　　　　　） |
| 部署・職名 |  |
| 電話番号 |  | FAX |  |
| Email |  |

※　確認のため、応募書類に記載いただいた連絡先に電話等で連絡させていただくことがあります。