（様式１）

茨城県立視覚障害者福祉センター及び茨城県立点字図書館

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

茨城県知事　　　　殿

申請者　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者の氏名　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

茨城県立視覚障害者福祉センター及び茨城県立点字図書館の指定管理者の指定を受けたいので、社会福祉施設等の設置及び管理に関する条例第８条の規定により申請します。

添付書面

１　事業計画書（様式２）

２　収支計画書（様式３、３の２）

３　団体の概要に関する書類（様式４）

４　定款、寄付行為その他これらに準ずる書面

５　法人にあっては、登記事項証明書

６　前事業年度における財産目録、貸借対照表、損益計算書その他団体の財務状況を明らかにする

書面

７　前事業年度における事業報告書その他団体の業務内容を明らかにする書面

８　役員の名簿及び履歴書

９　県内の県税事務所が発行した県税に未納がないことを証する納税証明書（茨城県に納税義務がある者に限る。）

10　税務署が発行した消費税及び地方消費税に未納がないことを証する納税証明書（茨城県に納税義務がない者に限る。）

11　その他知事が特に必要と認める書面

（様式２）

様式は任意としますが、次の事項について計画書を作成してください。

１　本施設の人員配置について

従事（予定者）氏名、担当業務等を具体的に記入してください。

２　募集要項１（２）施設の役割に掲げる事業それぞれについて、実施計画書を作成し

てください。

・実施予定時期、実施予定場所

・実施方法

・実施要項等があれば添付願います。

３　募集要項１（２）施設の役割に掲げる事業以外の事業を予定している場合は、上記２にならって計画書を作成してください。

４　施設の維持管理計画について年間計画を作成してください。

（様式３）

収支計画書

令和○年度の収支計画書

【収入の部】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：千円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 金額 | 積算内訳 |
| 委託料 |  |  |
| 利用料金 |  |  |
| 　（事業収入） |  |  |
| 　（その他収入） |  |  |
|  |  |  |
| 収入合計 |  |  |

【支出の部】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 金額 | 積算内訳 |
| 人件費 |  |  |
| 維持管理費 |  |  |
| ○○○事業費 |  |  |
|  |  |
|  |  |
| 支出合計 |  |  |

＊　指定期間の収支計画書を年度別に作成してください。

＊　区分の内訳は例示です。適宜、追加・修正して下さい。（様式３の２）

収支計画書（令和８年度から令和１２年度）

（単位：千円）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | R8 | R9 | R10 | R11 | R12 | 増減理由 |
| 収入項目 | 管理運営委託料 |  |  |  |  |  |  |
| 利用料金収入 |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |
| 収入合計 |  |  |  |  |  |  |
| 支出項目 | 人件費 |  |  |  |  |  |  |
| 設備管理費 |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |
| …… |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 支出合計 |  |  |  |  |  |  |

＊　令和８年度～令和１２年度における各年度の収支予算を主な収入支出項目に区分して示すこと。

＊　消費税及び地方消費税を含んだ額を記載すること。

（様式４）

団体の概要に関する書類

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな団体の名称 |  |
| 代表者名 |  |
| 団体の所在地 | 〒 |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ |  |
| 申請団体の名称（グループ応募の場合） |  | □代表団体　□構成団体（いずれかに○） |
| 設立年月日 |  |
| 沿革 |  |
| 資本金又は基本財産 |  |
| 従業員数 |  |
| 類似施設（業務）の運営実績 |  |
| 免許、登録 |  |
| 応募に関する担当者当 | 役職・氏名 |  | 所　属 |  |
| 電話番号 |  | ＦＡＸ |  |

＊会社概要等がある場合は添付してください。

＊欄が不足する場合は、別紙を追加してください。

（様式５）

指定管理者指定申請に係る質問書

茨城県福祉部障害福祉課

住　所：茨城県水戸市笠原町９７８番６

ＦＡＸ：０２９（３０１）３３７０

Ｅメール：shofuku-jiritsu@pref.ibaraki.lg.jp

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 団体の名称 |  |
| 質問者 | 役職・氏名 |  | 所属 |  |
| 連絡先 | ＊電話、ＦＡＸ、Ｅメールアドレス等を記載 |
| 質問内容 |  |

（様式６）

指定管理者現地説明会参加申込書

茨城県福祉部障害福祉課

住　所：茨城県水戸市笠原町９７８番６

ＦＡＸ：０２９（３０１）３３７０

Ｅメール：shofuku-jiritsu@pref.ibaraki.lg.jp

令和　　年　　月　　日

次のとおり、令和７年９月２６日（金）開催の現地説明会への参加を申し込みます。

|  |  |
| --- | --- |
| 団体の名称 |  |
| 団体の所在地 |  |
| 参加者（１団体2名以内） | 役職・氏名 |  | 所　属 |  |
|  | 電話番号 |  |
| 役職・氏名 |  | 所　属 |  |
|  | 電話番号 |  |
| ＊グループ応募の場合 | いずれかに○　　　□代表団体　　　　□構成団体 |
| 申請団体の名称 |  |