

## 意向確認書

- 1 件名 要介護・要支援認定調査業務委託(単価契約)
- 2 履行場所 調査対象者の居宅又は入所・入院施設
- 3 契約金額(税抜き)

	項目	単価 (予定)	受託の有無 (いずれかにチェック✓を入れる)
1	在宅での調査又は 貴施設以外入所(院)の調査の場合	1件につき 4,000円	<input type="checkbox"/> 受託する <input type="checkbox"/> 受託しない
2	貴施設の入所(院)の調査の場合	1件につき 3,000円	<input type="checkbox"/> 受託する <input type="checkbox"/> 受託しない

- 4 消費税課税区分(どちらかにチェック✓を入れる)

課税事業者

免税事業者

越谷市契約規則、仕様書その他契約条件を承知のうえ、上記のとおり希望します。

年 月 日

### 【受注者(委託契約の受注者となるもの)】

住所(法人にあっては、主たる事務所の所在地)	
氏名(法人にあっては、名称及び代表者の職・氏名)	
電話番号	
契約担当者	
氏名	電話番号
契約書類送付先(契約関係書類の送付先が上記住所と異なる場合に住所・宛先を記載)	
住所	〒
宛先	

越谷市長あて

### その他

- 色のついた部分について、記載又はチェック✓を入れてください。
- 受注者については、委託契約を締結する法人名等をご記載ください。  
(契約に係る権限を本社等から受任している場合、受任者をご記載ください。)
- 「受託する」の意向確認書を提出した後、契約締結を希望しないときは、その旨ご連絡ください。
- 要介護・要支援認定調査を行う指定居宅介護支援事業所等を次ページにご記載ください。

○要介護・要支援認定調査を行う指定居宅介護支援事業所・介護保険施設等

1	事業所名				
	事業所番号			電話番号	
	所在地	〒			
	種別	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	
(該当する項目に ✓を入れる)	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設		
	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 介護医療院			
2	事業所名				
	事業所番号			電話番号	
	所在地	〒			
	種別	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	
(該当する項目に ✓を入れる)	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設		
	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 介護医療院			
3	事業所名				
	事業所番号			電話番号	
	所在地	〒			
	種別	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	
(該当する項目に ✓を入れる)	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設		
	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 介護医療院			
4	事業所名				
	事業所番号			電話番号	
	所在地	〒			
	種別	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	
(該当する項目に ✓を入れる)	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設		
	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 介護医療院			
5	事業所名				
	事業所番号			電話番号	
	所在地	〒			
	種別	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	
(該当する項目に ✓を入れる)	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設		
	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 介護医療院			
6	事業所名				
	事業所番号			電話番号	
	所在地	〒			
	種別	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	
(該当する項目に ✓を入れる)	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設		
	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 介護医療院			
7	事業所名				
	事業所番号			電話番号	
	所在地	〒			
	種別	<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業所	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	
(該当する項目に ✓を入れる)	<input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設		
	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 介護医療院			

※色のついた部分について、記載又はチェック✓を入れてください。

※越谷市から委託される認定調査業務を行う予定である事業所を全て記載してください。

※記入欄が不足するときは、コピーして記入してください。