

## 質 問 票

大阪市こども青少年局企画部  
企画課企画グループあて  
(メールアドレス: fb0002@city.osaka.lg.jp)

業務名称: 大阪市ヤングケアラーへの寄り添い型相談支援事業業務委託

法人等名称	
(質問事項)	
担当者氏名及び連絡先	担当者: 電 話: メールアドレス:

(注1) 質問事項は、簡潔に要点のみ記載すること。

(注2) この質問票は、メールにて送付のこと。

※ お手数をおかけしますが、電子メールで送信された後、確認のお電話(06-6208-8337)をお願いします。

大阪市ヤングケアラーへの寄り添い型相談支援事業業務委託  
公募型企画提案参加申請書

令和 年 月 日

大阪市こども青少年局長 様

(申請者)

住 所

商号又は名称

代表者職氏名

実印

大阪市ヤングケアラーへの寄り添い型相談支援事業業務委託公募型企画提案  
に参加したいので、別紙の書類を添えて申請します。

担当者氏名及び連絡先	担当部署 担当者氏名 電話番号 メールアドレス
------------	----------------------------------

大阪市ヤングケアラーへの寄り添い型相談支援事業業務委託  
公募型企画提案参加申請書（連合体用）

令和 年 月 日

大阪市こども青少年局長 様

(申請団体名称)

(代表者)

住 所

商号又は名称

代表者職氏名

実印

(構成員)

住 所

商号又は名称

代表者職氏名

実印

大阪市ヤングケアラーへの寄り添い型相談支援事業業務委託公募型企画提案に参加  
したいので、別紙の書類を添えて申請します。

\*連合体結成にかかる協定書の写しまたはこれに相当する書類（連合体の構成員、代表者、  
出資比率又は負担割合、組織運営に関する事項を記載したもの）、ならびに各構成員にか  
かる書類も添付

担当者氏名及び連絡先	担当部署 担当者氏名 電話番号 メールアドレス
------------	----------------------------------

大阪市ヤングケアラーへの寄り添い型相談支援事業業務委託  
公募型企画提案参加申請に係る誓約書

令和 年 月 日

大阪市子ども青少年局長 様

(申請者)

住 所

商号又は名称

代表者職氏名

実印

大阪市ヤングケアラーへの寄り添い型相談支援事業業務委託にかかる公募型企画提案への参加申請を行うにあたり、同業務にかかる委託事業者募集要項4応募資格(1)参加資格及び(2)欠格事項に定める要件をすべて満たしており、添付書類の内容について事実と相違ないことを誓約します。

## 法人の概要

フリガナ	
名称	
住所	〒
団体設立 年月日等	明治・大正・昭和・平成・令和  年 月 日 設立 年 月 日 法人格取得日
資本金又は 基本財産	
法人等の雇用する 職員数	
経営(運営)方針 及び 主な業務内容	
その他特記事項	

※ 各項目において追加の説明が必要な場合は、別紙を添付してください。

## スタッフ配置計画書

### 1 スタッフ体制

	役割	氏名	年齢	資格又は経験の種類	資格番号等	常勤・非常勤の別	勤務時間(週)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							

1. 採用予定者については、職員A・B等と記入し、常勤・非常勤の別欄以降は、計画として記入してください。
2. 役割については、「相談業務責任者」、「相談員」としてください。
3. 資格又は経験の種類は、「社会福祉士」、「精神保健福祉士」、「保健師」、「介護支援専門員」、「介護福祉士」、「臨床心理士」、「公認心理師」又は「教員経験」としてください。  
これらの資格又は経験と同程度の資格又は経験を有する者である場合は、その経験又は資格を記載してください。  
なお、資格又は経験が分かる証明書等の写しを添付してください。  
また、役割が「相談員」の場合で、「もと当事者」を配置する場合は、「もと当事者」としてください。
4. 常勤・非常勤の別については、就業規則に基づいて判断してください。

大阪市ヤングケアラーへの寄り添い型相談支援事業業務委託  
企画提案書

1 企画の趣旨及び特色

※事業目的との関連、支援対象者の捉え方及び協力機関等のネットワークの必要性等について記入してください。

※ 欄が不足する場合は欄を追加してください。また、「別紙のとおり」と記入し、別紙を添付いただいてもかまいません。

2 事業案

※相談事業の実施方法、対象者や通学先へのアプローチ等工夫している点及び支援対象者への周知方法や効果的な広報の方策等について記入してください。

※ 欄が不足する場合は欄を追加してください。また、「別紙のとおり」と記入し、別紙を添付いただいてもかまいません。

### 3 本業務にかかる受託事業者としての実施体制・支援体制

※ スタッフ体制、個人情報保護体制等を記入してください。

--

※ 欄が不足する場合は欄を追加してください。また、「別紙のとおり」と記入し、別紙を添付いただいてもかまいません。

なお、スタッフ体制については、スタッフ配置計画書（様式5）の氏名や年齢等（個人情報）を省略したものを添付いただいてもかまいません。

#### 【参考】

(例)

#### スタッフ体制

	役割	資格等の種類	常勤・非常勤の別	勤務時間（週）	資格等取得後の経験年数
1	相談業務責任者	社会福祉士	常勤	40	15
2	相談員	介護支援専門員	非常勤	20	10
3	相談員	もと当事者	非常勤	20	5
4					
5					



## 類似事業実績

業務名称： 大阪市ヤングケアラーへの寄り添い型相談支援事業業務委託

実績（直近 5 件以内）

※ヤングケアラーへの支援に該当する事業の実績について示すこと。

※各事業の内容がわかる資料（チラシ・リーフレット等）を添付すること

実施内容及び実績（参加人数等）		実施期間	事業主体
1		年 月 ～ 年 月	・自主事業 ・官公署 (委託事業・補助金) ・その他
2		年 月 ～ 年 月	・自主事業 ・官公署 (委託事業・補助金) ・その他
3		年 月 ～ 年 月	・自主事業 ・官公署 (委託事業・補助金) ・その他
4		年 月 ～ 年 月	・自主事業 ・官公署 (委託事業・補助金) ・その他
5		年 月 ～ 年 月	・自主事業 ・官公署 (委託事業・補助金) ・その他

以上、相違ありません。

令和 年 月 日

住 所

商号又は名称

代表者名

実印

## 経費積算書（見積書）

〔支 出〕

費 目	金 額	内容・積算根拠等
人 件 費	円	
	円	
	円	
事 業 費	円	
	円	
事 務 費	円	
	円	
	円	
小 計	円	
消費税額（10%）	円	
合 計	円	

※各項目において積算根拠を明確にし、追加の説明が必要な場合は、欄の追加や別紙を添付してください。

※消費税率 10%で積算してください。