【参考例10】

協力医療機関委託契約書

特定非営利活動法人○○○○（以下「甲」という。）と医療法人△△△△病院（以下「乙」という。）は甲の職員及び利用者の健康管理及び緊急医療について以下のとおり委託契約を締結する。

第１条　　甲は職員及び利用者の健康管理及び緊急医療について乙に委託し、乙はこれを承諾する。

第２条　　前条の規定により、甲が乙に委託する事業は次のとおりとする。

　　　　（１）健康管理全般

第２条の（１）（２）の内容は最低限必要であること。

　　　　（２）緊急における対応

第３条　　この契約の期間は　　××年××月××日から　　□□年□□月□□日までとする。

　　２　　契約期間満了の日の１ヶ月前までに甲乙双方に契約解除の申し出がない場合はこの契約を更に一年間継続したものとみなし、以後この例による。

第４条　　この契約に定めのない事項又は疑義が生じた場合は双方協議して、これを定める。

上記の契約を証するため、契約書２通を作成し、双方記名押印のうえ、それぞれ１通を所持するものとする。

××年××月××日

　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　（甲）

　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

乙が付表の協力医療機関欄と同一であること。

　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　（乙）

　　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　㊞

【参考例11】

消防法関係及び建築基準法関係　協議結果報告書

　　　　　　　　　　　　事業者（法 人）名（登記事項証明書内の「本店」

または「主たる事業所」を記載）

　　　　　　　　　　　　代　 表　 者　 名（登記事項証明書内の「役員に関

する事項」を記載）

　　　　　　　　　　　　申 請 事 業 所 名

消防法関係

　上記事業所を開始するにあたり、消防法に関する手続等について、　　年　月　日に、◇◇消防署予防課の○○（担当者）において協議したところ、現地確認が必要とのことでしたので、　　年　月　日までに検査済証（写し）を提出します。

建築基準法関係

　上記事業所を開始するにあたり、建築基準法に関する手続等について、　年　月　日に、◇◇市役所（県〇〇建設事務所）□□□□課の△△（担当者）において協議したところ▽▽事業の用途として使用する延べ床面積が２００㎡以下のため、確認申請の手続きが不要との回答を受けました。

＜記載要領等＞

1. 消防法関係

建物を事業所等として使用するにあたり、消防法で必要な手続（消防用設備の設置や検査等）を消防本部へ確認し、その結果を協議結果報告書に記載して提出すること。

⇒消防用設備の検査が必要な場合、協議結果報告書に加え、消防本部が発行する消防用設備等検査済証写しを提出

1. 建築基準法関係

建物を事業所等として使用するにあたり、建築基準法で必要な手続等（建築物の新築増改築や用途変更に係る建築確認等）を建築基準法所管行政庁へ確認し、その結果を協議結果報告書に記載して提出すること。

⇒建築確認が必要な場合、協議結果報告書に加え、建築基準法所管行政庁等が発行する建築確認済証写しを提出

なお、建築確認申請が不要な場合であっても、法令に定められた技術的な基準を遵守する必要があるので留意すること。

【参考例11】

消防法関係及び建築基準法関係　協議結果報告書

　　　　　　　　　　　　事業者（法 人）名（登記事項証明書内の「本店」

または「主たる事業所」を記載）

　　　　　　　　　　　　代　 表　 者　 名（登記事項証明書内の「役員に関

する事項」を記載）

　　　　　　　　　　　　申 請 事 業 所 名

消防法関係

　上記事業所を開始するにあたり、消防法に関する手続等について、　　年　月　日に、◇◇消防署予防課の○○（担当者）において協議したところ、現地確認が必要とのことでしたので、　　年　月　日までに検査済証（写し）を提出します。

建築基準法関係

　上記事業所を開始するにあたり、建築基準法に関する手続等について、　年　月　日に、◇◇市役所（県〇〇建設事務所）□□□□課の△△（担当者）において協議したところ▽▽事業の用途として使用する延べ床面積が２００㎡以下のため、確認申請の手続きが不要との回答を受けました。

【参考様式12】

協議会等への報告・協議会からの評価等に関する措置の概要

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |

|  |
| --- |
| 措置の概要 |
| １ 協議会等への報告・協議会からの評価等に対応する担当者（連絡先）  ２ 報告する又は評価を受ける協議会等の名称  ３ 定期報告・評価の時期（年 1 回以上）  ４ 協議会等から必要な要望、助言等を聴く機会の具体的な内容  ５ その他参考事項 |

備考１　指定共同生活援助（日中サービス支援型に限る）の指定申請書類と併せて提出すること。

備考２　上の事項は例示であるので、これにかかわらず適宜項目を追加し、その内容について具体的に記載すること。

【参考様式13】社会福祉事業等の事業所用

|  |
| --- |
| 社会保険及び労働保険への加入状況にかかる確認票 |

貴事業所の現状等について、下記の項目に回答してください。

Ⅰ．現在、厚生年金保険・健康保険に加入していますか。

（該当する番号に○を付してください。また、必要事項をご記入ください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 加入状況 | | | | | | | | | |
| １ | **加入している。**　**→下記のいずれかの書類の写しを提出してください。（提示も可）**  ●保険料の領収証書　　　　　　　　　●社会保険料納入証明書  ●社会保険料納入確認書　　　　　　　●健康保険・厚生年金保険適用通知書  ●健康保険・厚生年金保険資格取得確認および標準報酬決定通知書  ※上記書類を所持していない場合には事業所整理記号を下記に記載するのみで可。  （本社等にて加入手続が行われている場合も事業所整理記号を下記に記載するのみで可。） | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ２ | **現在、加入手続中である。** | | | | | | | | | |
| ３ | **今後、加入手続を行う。**  （申請から３ヶ月以内に適用要件（法人事業所または従業員５人以上の個人事業所）に該当する予定の場合を含む。）  （　　　　）年（　　）月頃に手続予定。（申請から３ヶ月以内の年月をご記入ください。） | | | | | | | | | |
| ４ | **適用要件に該当しない。**（個人事業所（法人ではない事業所）であって従業員が４名以下の場合。申請から３ヶ月以内に適用要件に該当する予定がない。） | | | | | | | | | |
| ５ | **適用要件に該当するか不明である。**  （個人事業所（法人ではない事業所）であって、正社員と、正社員以外で１週間の所定労働時間及び１ヶ月の所定労働日数が同じ事業所で同様の業務に従事している正社員の４分の３以上である者との合計が５人以上か不明な場合。） | | | | | | | | | |

Ⅱ．現在、労働者災害補償保険・雇用保険に加入していますか。

（該当する番号に○を付してください。また、必要事項をご記入ください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 加入状況 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １ | **加入している。　→下記のいずれかの書類の写しを提出してください。（提示も可）**  ●労働保険概算・確定保険料申告書  ●納付書・領収証等　　　　　　　　●保険関係成立届  ※上記書類を所持していない場合には労働保険番号を下記に記載するのみで可。  （本社等にて加入手続が行われている場合も労働保険番号を下記に記載するのみで可。） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **―** |  |  |  |  |
| ２ | **現在、加入手続中である。** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ３ | **今後、加入手続を行う。**（申請から３ヶ月以内に従業員（パート・アルバイトを含む）を雇う予定がある場合を含む。）（　　　　）年（　　）月頃に手続予定。（申請から３ヶ月以内の年月をご記入ください。） | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ４ | **適用要件に該当しない。**（事業主・役員・同居の親族のみで経営、従業員（パート・アルバイトを含む）がいない、申請から３ヶ月以内に従業員を雇う予定がない。） | | | | | | | | | | | | | | | | | |

回答年月日　　　　　　年　　月　　日

　事業所名称

　事業所所在地

　会社等法人番号

　電話番号

※　事業主の皆様には、全ての法令を遵守していただきたいと考えています。社会保険・労働保険の適用が確認できない場合は、厚生労働省からの依頼に基づき、厚生労働省に情報提供いたします。

※　社会保険・労働保険の適用促進以外の目的では使用いたしません。