

# 神戸市視覚障害者生活支援事業 事業者公募要領

## 1. 目的

視覚障害者、視覚障害者の関係者の相談に応じ、必要な情報の提供及び助言や ICT を活用して情報へのアクセスを円滑にできるよう支援を行う拠点を設置・運営することにより、視覚障害者が障害福祉サービス等を利用して、その有する能力及び適性に応じて自立した日常生活又は社会生活を営むことを促進する。

## 2. 実施業務

### (1) 利用対象者

地域で生活している又は地域で生活することを希望する視覚障害者又は視覚障害者の関係者。

### (2) 窓口の開設

相談を受け付ける窓口を開設する。窓口開設時間は、神戸市役所の開庁時間に準ずる。ただし、実施事業者による運営がこれによりがたい場合は、事前協議のうえ定める。

### (3) 施設及び設備

視覚障害者生活支援事業を実施する施設は、その入口周辺を含め利用対象者に配慮した建物及び設備にしなければならない。また、間仕切り等の設備により、利用対象者のプライバシーを確保することができる相談室又は相談コーナーを設置し、利用対象者が相談しやすい環境を整えるよう努めなければならない。

### (4) 職員体制

実施事業者は、利用対象者が常に窓口・電話等で相談することができる職員体制により運営しなければならない。

### (5) 業務内容

視覚障害者生活支援事業の具体的な業務内容は、次に掲げるものとする。

①日常生活用具（情報・通信支援用具、視覚障害者用ポータブルレコーダー等）、スマートフォン・タブレット端末等の情報提供、貸出、購入、使用方法等に関する相談支援

②ICT機器を利活用するための個別訓練。

③神戸市が実施している日常生活用具費支給事業の「視覚障害者用拡大読書器」の種目の申請をしようとする者で、「アプリ及びタブレット」を希望する者に対し、当該アプリを利用して拡大読書器と同等の利用が可能となるための、タブレット講習の実施および受講証明書の発行。

④ICTを活用した日常生活の支援、安全等の在宅福祉サービスに関する情報提供、利用援助、関係機関への申請や届出の受付、適切な専門機関・相談機関の紹介。

⑤ICTの活用について、視覚障害者当事者同士で教え・学びあう交流会の開催。

⑥自ら積極的にサービスを利用することができない視覚障害者等へのアプローチ及び訪問による個別対応。

### (6) ネットワークの構築

実施事業者は、利用対象者を支援するにあたり、地域の視覚障害者、家族、保健・福祉・医療の関係機関、福祉サービス事業者、ボランティア活動団体等様々な地域の社会資源と連携し、地域生活支援ネットワークを構築することにより、対応しなければならない。

(7) 相談内容等の記録、管理及び帳票

実施事業者は、利用対象者から受けた相談内容及び住宅等に訪問した際の対応内容について、それぞれの利用対象者ごとに帳票に個別に記録し、管理しなければならない。また、帳票の保管については、その管理に万全を期さなければならない。

(8) 個人情報の保護

実施事業者は、視覚障害者生活支援事業の運営上多くの個人情報を取り扱うことになるため、次に掲げる事項に十分に留意しなければならない。

①事業の実施にあたり、それぞれの業務を担当する職員が互いに情報を共有し、情報の活用を図ることが重要であるため、あらかじめ本人から個人情報を目的の範囲内で利用する旨の同意を得ておくこと。

②個人情報は関係法令（ガイドライン等を含む）を遵守して厳重に取り扱い、その保護に遺漏がないようにすること。

(9) 守秘義務

視覚障害者生活支援事業に従事する職員は、その職務を遂行するにあたり、利用対象者のプライバシーの尊重に万全を期し、その職務上知り得た秘密を第三者に漏らしてはならない。

(10) 公正及び中立性の確保

実施事業者は、当業務の実施にあたり、自己の利益誘導となる広告・営業活動を行ってはならない。

(11) 苦情解決

実施事業者は、その提供した視覚障害者生活支援事業について、利用者又はその家族からの苦情に迅速かつ適切に対応するために、苦情を受け付けるための窓口を設置する等必要な措置を講じなければならない。

実施事業者は、苦情を受け付けた場合は、その内容を記録しなければならない。

実施事業者は、利用者又はその家族からの苦情に関して、神戸市が行う調査に協力するとともに、神戸市から指導又は助言を受けた場合は、当該指導又は助言に従って必要な改善を行わなければならない。

(12) 報告、調査又は監査及び指導

実施事業者は、事業を計画的に実施するとともに、その実績について四半期ごとに報告し、事業終了後には速やかに実施報告書を作成し神戸市に報告しなければならない。

神戸市は、事業の実施状況を調査または監査し、必要に応じて是正処置を行うよう指導することができる。なお、提出された実施報告書の内容を確認するにあたり、必要に応じて事業責任者又は関係職員に説明を求めることができる。

(13) 経理の区分

実施事業者は、委託事業の実施にあたり、サービス提供の対価を利用者から徴収してはならない。また、委託事業に係る経費とその他の事業に係る経費を明確に区分して経理しなければ

ばならない。

#### (14) 契約の解除

神戸市は次の場合において、相談支援事業の委託を取り消すことができる。

- ①実施事業者が、関係法令等を遵守しないとき
- ②実施事業者が、神戸市の指導に対し、必要な是正処置を行わないとき
- ③神戸市が調査又は監査の結果、事業の効果が十分に達成されていないと認めたとき

#### 3. 契約期間

令和5年4月1日から令和6年3月31日まで

#### 4. 実施場所

事業者が設置する相談窓口および利用者の日常生活圏域で支援を必要とする場所

#### 5. 委託料

上限6,900千円（消費税非課税）

#### 6. 応募資格等

事業の運営を円滑かつ安定して実施することが可能な法人であり、次の要件を全て満たす法人とする。

- (1) 神戸市内に法人本部を有すること。
- (2) 提出書類の受付締切日において、地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の4の規定に該当しない者であること。
- (3) 提出書類の受付締切日において、神戸市指名停止基準要綱に基づく指名停止の措置に該当しない者であること。
- (4) 提出書類の受付締切日において、直近1年間の法人税、消費税及び地方消費税、県税、市町村税の滞納がないこと。
- (5) 役員の中に破産者、及び禁固以上の刑に処され、その執行を終わるまで又はその執行を受けることがなくなるまでの者がいないこと。
- (6) 会社更生法（平成14年法律第154号）及び民事再生法（平成11年法律第225号）に基づく更生手続き又は再生手続きを行っている者ではないこと。
- (7) 神戸市契約事務等からの暴力団等の排除に関する要綱第5条各号に該当していないこと。
- (8) 公募要領等に関する説明会に参加すること（「7. (2)説明会の開催」参照）。

#### 7. 応募

##### (1) 提出書類

下記の書類のデータを提出してください。

- ①「視覚障害者生活支援事業者」応募申請書（様式1）

- ② 誓約書、地方税に関する誓約書 兼 神戸市税に関する調査に対する承諾書（様式2）
- ③ これまでの事業実績（様式3）
- ④ 視覚障害者生活支援事業の実施計画書（様式4）
- ⑤ 視覚障害者生活支援事業に配置する管理者及び従業員（予定も含む）の資格証明書の写し
- ⑥ 法人登記簿謄本（申請日以前、3ヶ月以内に発行されたもの）
- ⑦ 定款、寄附行為等（寄附行為に関する規定）
- ⑧ 法人等の設立趣旨、運営方針、事業内容等の概要がわかるもの
- ⑨ 法人の事業実績等の概要がわかるもの（③「これまでの事業実績（様式3）」関連。「内容」「対象者」「開始年月日」などがわかるもの
- ⑩ 法人代表者履歴及び役員名簿
- ⑪ 法人の財務状況に関する書類（損益計算書（社会福祉法人の場合は、資金収支計算書及び事業活動収支計算書）、貸借対照表、会計監査人及び監査役会により監査を受けた場合その監査報告書、直近の3年）
- ※ 様式外の上記⑤から⑩については、項目ごとに項目番号（例：⑥）を上部中央に記載し、PDFデータ等で提出すること。
- ※ 法人設立予定の場合は、⑥から⑩の書類について、現にそれに代わる書類でも可とする。

## （2）説明会の開催

公募要領等に関する説明会を下記のとおり開催する。応募予定法人は、公募説明会に必ず出席すること。公募説明会に出席しなかった場合は、提出書類を受理しません。

別添の『「神戸市視覚障害者生活支援事業者」公募説明会参加申込書』に必要事項を記入し、下記のFAX又はEメールへ11月2日（水）午後5時30分までに送信のこと。

※ 説明会后、提出様式のデータをEメールで提供する。

- ① 開催日時：令和4年11月8日（火）午前11時から11時30分頃
- ② 開催場所：神戸市立総合福祉センター 第1会議室  
所在地：神戸市中央区橋通3丁目4-1
- ③ 申込FAX：078-322-6044 障害福祉課 山嶋宛
- ④ メールアドレス：[syogaifukushi-soumu@office.city.kobe.lg.jp](mailto:syogaifukushi-soumu@office.city.kobe.lg.jp)

## （3）質問方法

令和4年11月8日（火）公募説明会終了後、11月15日（火）午後5時までの期間に、下記のFAX・Eメールで受け付ける。電話、口頭等では受け付けない。

- ① FAX：078-322-6044 障害福祉課 山嶋宛
- ② メールアドレス：[syogaifukushi-soumu@office.city.kobe.lg.jp](mailto:syogaifukushi-soumu@office.city.kobe.lg.jp)
- ③ 質問は、質問ごとに質問票（様式5）1枚を使用し、簡潔に記入すること。
- ④ 質問に対する回答は、応募に際して必要な事項のみ取りまとめたうえで、質問者及びその他の応募者にFAX又はEメールで回答する。なお、質問に対する回答は、公募要領等の追加又は修正とみなす。

## （4）提出方法

令和4年12月7日（水）午前9時から12月8日（木）午後5時までの期間に、Eメール

で受け付ける（必着）。なお、期間外の提出は受け付けない。

- ① メールアドレス：[syogaifukushi-soumu@office.city.kobe.lg.jp](mailto:syogaifukushi-soumu@office.city.kobe.lg.jp)
- ② 応募書類の修正については、提出期間の終了後は受け付けない。
- ③ 応募状況等の問い合わせ及び提出書類内容の確認については、一切受け付けない。
- ④ 応募を辞退する場合は、応募申請辞退届（様式6）に記入のうえ障害福祉課（上記のメールアドレス）まで速やかに提出すること。

#### （5）応募の抹消

応募した法人が、提出書類の受付締切以降、次のいずれかに該当した場合は、応募を抹消する。また、事業者選定の日までの間に、下記の②から⑧のいずれかに該当した場合は、選定に関する審査の対象から除外する。

- ① 受付期間内に応募書類が全て提出されなかった場合。
- ② 当該公募要領に違反又は著しく逸脱した場合。
- ③ 地方自治法施行令第167条の4の規定に該当した場合。
- ④ 神戸市指名停止基準要綱に基づく指名停止の措置に該当した場合。
- ⑤ 本選定の採否の働きかけを行うなどの目的のために、申請者又はその関係者が直接又は間接に本市職員、選定委員会の委員などの本件関係者と接触をもった場合。
- ⑥ 複数の書類を提出した場合。
- ⑦ 提出書類に虚偽又は不正があった場合あるいはその他の不正な事実行為があった場合。

### 8. 選定

- （1）視覚障害者生活支援事業者の選定にあたっては、提出書類に基づき「神戸市視覚障害者生活支援事業者選定委員会」で応募者を評価して候補者を選定し、最終的に市長が決定する。  
なお、当該委員会又は障害福祉課において必要と認めた場合は、応募法人に対して説明を求めることができるものとする。
- （2）選定については、一定水準以上の応募者を候補者とし、複数の選定候補が生じた場合は選定候補者の順位付けを行う。  
なお、一定水準を満たさない場合は選定しないこともある。
- （3）応募内容と実際面で重大な乖離があった場合は、次順位の応募者と入れ替わる場合がある。  
その際の費用弁償には一切応じない。
- （4）選定に関する情報については、一切回答しない。
- （5）選定委員会では、これまでの事業実績、本事業に関する事業計画、人員配置等を総合的に評価して選定する。選定基準項目と配点については、下記のとおり。

| 選定基準項目 ※   | 配点  |
|--|-----|
| ① 事業実績<br>・視覚障害者に対するサービス提供の実績<br>・福祉・医療機関との連携実績<br>・その他の地域関係機関との連携実績 等 | 15点 |
| ② 事業計画<br>・事業を運営する趣旨及び方針<br>・事業計画の具体的内容（スマートフォン、タブレット端末等の貸出、           | 55点 |

|  |      |
|--|------|
| 購入、使用方法に関する相談支援等)<br>・ニーズへの対応（視覚障害者の関係者への支援、職員の資質向上に向けた取組み等） |      |
| ③運営体制及び収支計画<br>・従業者の実務経験<br>・従業者の保有資格<br>・委託料、事業の収支計画        | 20点  |
| ④法人の運営基盤   | 10点  |
| 合計   | 100点 |

※ 評価基準項目等については若干の変更の可能性がある。

## 9. その他留意事項

- (1) 本件事業者の公募は、神戸市の令和5年度予算の成立を前提としており、予算が成立しない場合は契約を締結しないものとする。
- (2) 応募者は、この公募要領を熟読し、内容を遵守すること。
- (3) 応募者は、選定後、この公募要領等に関する不知又は不明を理由として異議を申し立てることはできない。
- (4) 選定された法人は、本事業を利用して、企業活動の一環として他で行う事業の勧誘等営利を目的とする活動及び公序良俗に反する活動若しくは政治的活動・宗教的活動をすることはできない。
- (5) 選定された法人は、業務を第三者に委託することはできない。
- (6) 事業の継続が困難となった場合の措置
  - ① 選定された法人の責めに帰すべき事由による場合  
選定された法人の責めに帰すべき事由により、業務の継続が困難となった場合は、神戸市は、委託契約を解除することができるものとする。この場合、神戸市に生じた損害は選定された法人が神戸市に賠償するものとする。
  - ② 不可抗力等による場合  
不可抗力等、神戸市及び選定された法人双方の責めに帰すことの出来ない事由により、事業の継続が困難となった場合、事業継続の可否について協議するものとする。神戸市と選定された法人との間で協議を行い、その結果、事業の継続が困難だと判断した場合は、神戸市はその委託契約を解除することができるものとする。

## 10. 結果の通知

結果については、令和4年12月13日(火)（予定）にEメールで応募者に通知する。

## 11. 問い合わせ先

〒650-8570

神戸市中央区加納町6丁目5-1

神戸市福祉局障害福祉課 担当：山嶋

電話：078-322-5227

FAX：078-322-6044

令和 年 月 日

## 「神戸市視覚障害者生活支援事業者」応募申請書

神戸市長 宛

令和4年10月24日付けで募集のあった、神戸市視覚障害者生活支援事業の運営を行う事業者として応募申請いたします。

法人所在地

法人名

代表者氏名

担当者氏名

電話番号

FAX番号

E-mail アドレス

令和 年 月 日

## 誓 約 書

神戸市長 宛

法人所在地

法 人 名

代表者氏名

私は、神戸市視覚障害者生活支援事業者の応募を行うに当たり、下記の事項について、誓約いたします。

### 記

- 1 「神戸市視覚障害者生活支援業務 事業者公募要領」の「6. 応募資格等」に該当するのに必要な要件を満たし、また、応募者の制限にかかる項目の該当はありません。
- 2 後日誓約した内容に違反する事実が判明した場合、もしくは応募受付後、審査・選定までの間に誓約した内容に違反した場合は、無効又は失格、契約解除や損害賠償請求等、貴市が行う一切の措置について異議の申し立てを行いません。
- 3 公募に参加する等で知り得た市の情報（紙媒体の書類も含む。）については、この用途以外に使用しない他、外部に漏らしません。
- 4 「神戸市契約事務等からの暴力団等の排除に関する要綱」（平成22年5月市長決定）に基づき、貴市が行うすべての契約等からの暴力団等を排除していることを認識したうえで、下記の事項のとおり、誓約します。
  - (1) 暴力団等排除要綱第5条各号のいずれにも該当しません。
  - (2) 暴力団等排除要綱第5条各号に該当する事由の有無を確認するため県警へ照会を行うことに合意し、貴市の求めに応じ速やかに役員等名簿の提出を行います。
  - (3) 暴力団等排除要綱第5条各号に該当する者を下請負人（一次及び二次下請以降すべての下請負人を含む。以下同じ。）又は本契約の履行に関連する契約の相手方（以下、「下請負人等」という。）としません。また、県警への照会の結果又は県警からの通報により、下請負人等が暴力団等排除要綱第5条各号のいずれかに該当することが明らかになった場合には、元請人の責任において当該下請負人等との契約を速やかに解除します。また、貴市の求める期限内に当該下請負人等との契約の解除ができない場合には、契約解除や損害賠償請求等、貴市が行う一切の措置について異議の申し立てを行いません。
  - (4) 当該契約に関して元請として下請等と契約を締結する際、暴力団等排除要綱第5条各号のいずれにも該当しないことの確認を行います。

また、契約に係る一連の手続きにおいて、締結しようとしている契約についての事務の連絡を行う者その他の関係者等に関して貴市が県警照会の必要性を認めた場合、関係者に対して当該誓約書の趣旨を説明の上で関係者より誓約書及び役員等名簿の提出を求め、速やかに貴市に対して提供を行います。
  - (5) 暴力団等排除要綱第5条各号のいずれかに該当することが明らかになった場合、県警からの回答等の内容について、外郭団体等を含む貴市関係部局が情報を共有すること、並びに暴力団等排除要綱に従い措置対象者名等について公表を行うことについて承諾します。

(別紙 役員等名簿)

|             |  |               |    |      |     |
|-------------|--|---------------|----|------|-----|
| 団 体 名       |  |               |    |      |     |
| 代 表 者 名     |  |               |    |      |     |
| 所 在 地       |  |               |    |      |     |
| 役 職 名       |  | (フリガナ)<br>氏 名 | 性別 | 生年月日 | 住 所 |
| 役<br>員<br>等 |  |               |    |      |     |
|             |  |               |    |      |     |
|             |  |               |    |      |     |
|             |  |               |    |      |     |
|             |  |               |    |      |     |
|             |  |               |    |      |     |
|             |  |               |    |      |     |
|             |  |               |    |      |     |
|             |  |               |    |      |     |
|             |  |               |    |      |     |
|             |  |               |    |      |     |
|             |  |               |    |      |     |
| 備 考         |  |               |    |      |     |

※「役員等」欄には、役員及び実質的に経営に関与している者を記載してください。  
※既存の役員名簿その他指定申請の際に提出する書類で、上記全項目の内容が確認できる  
場合には、「備考」欄に「〇〇のとおり」と記載し「役員等」欄の記載を省略しても構いません。

地方税に関する誓約書 兼 神戸市税に関する調査に対する承諾書

神戸市長 宛

令和 年 月 日

- 1 申請者は、以下のことを誓約します。
- (1) 納期限が到来している地方税に滞納がないこと（未申告の場合を含む。）。
  - (2) 上記（1）が事実と相違する場合、視覚障害者生活支援事業者応募資格を有すると認められず、又は既になされた当該認定を取り消されても異議のないこと。
- 2 上記1（1）の確認のため、申請者は、以下のことを承諾します。
- すべての神戸市税（市民税、固定資産税、都市計画税、軽自動車税、特別土地保有税、事業所税、入湯税及び市たばこ税及び延滞金等徴収金をいう。）の納付又は納入状況、課税状況及び申告状況を、神戸市が調査し、その調査結果を視覚障害者生活支援事業者応募資格の審査及び確認に利用すること。

申請者

|   |   |
|---|---|
| (ふりがな)<br>法人名   |   |
| (ふりがな)<br>代表者 職・氏名  |   |
| 法人番号  |   |
| 登記上の本社・本店<br>所在地等   | 〒 連絡先TEL ( )<br><br>上記本社・本店での事業活動の有無<br><input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |
| 神戸市内の事務所や<br>保養書等の所在地を<br>全てご記載くださ<br>い。<br>(本店と同じ事務所<br>については記載不要<br>です) |   |
|   | ※事務所数が多い場合は空欄又は別紙にご記入ください。  |

## これまでの事業実績

法人名：

設立年月日： 昭和 ・ 平成 ・ 令和 年 月 日

1. 視覚障害者に対するサービス提供の実績 有 ・ 無  
※有の場合は、実施期間や実施場所等の具体的内容を記入してください。

2. 福祉・医療機関との連携実績 有 ・ 無  
※有の場合は、連携機関名や年間回数等の具体的内容を記入してください。

3. その他地域関係機関との連携実績 有・無

※有の場合は、連携機関名や年間回数等の具体的内容を記入してください。

4. 神戸市等が実施した実地指導等により是正又は改善の報告を求められた事項

指導事項 有・無

— 実施済 (是正又は改善報告済)

— 未実施 ※理由について、具体的内容を記入してください。

## 視覚障害者生活支援事業の実施計画書

### I 事業計画

#### 1. 事業を運営する趣旨及び方針

---

## 2. 事業計画の具体的内容

①日常生活用具、スマートフォン、タブレット端末等の情報提供、貸出、購入、使用方法に関する相談支援

---

②ICT 機器を使いこなすための個別訓練

---

③市が実施する日常生活用具費支給のうち、視覚障害者用拡大読書器のアプリ及びタブレットを利用する人向けの講習会

---

④ICT を活用した日常生活の支援、安全等の在宅福祉サービスに関する情報提供や利用援助。申請の受付や届出。専門機関等の紹介

---

⑤ICT の活用について、視覚障害者当事者同士で教え、学びあう交流会

---

⑥自ら積極的にサービスを利用できない視覚障害者へのアプローチ。訪問による個別対応。

---

3. 視覚障害者のニーズへの対応

※有の場合は具体的内容を記入してください。

(1) 視覚障害者の関係者への支援

有 ・ 無

(2) 職員の資質向上に向けた取り組み

有 ・ 無

(3) その他の実施

有 ・ 無

## II 運営体制

### 1. 営業日・営業時間

### 2. 職員体制

(1) 常勤 名

資格の有無 有・無

(2) 非常勤 名 (常勤換算 名)

資格の有無 有・無

### 3. 人員配置

| 区分  | 氏名 | 年齢 | 常勤・非常勤<br>※1 | 実務経験期間<br>※2 | 資格等<br>※3 |
|-----|----|----|--------------|--------------|-----------|
| 責任者 |    |    |              |              |           |
| 従事者 |    |    |              |              |           |
|     |    |    |              |              |           |
|     |    |    |              |              |           |
|     |    |    |              |              |           |
|     |    |    |              |              |           |

※1 常勤とは、事業所において定められた常勤の従業者が勤務すべき時間数（1週間に勤務すべき時間数が32時間を下回る場合は32時間を基本とする）に達していること。

※2 視覚障害者の支援の実務経験があれば、令和5年3月31日時点での期間を「●年●ヶ月」と記入すること。

※3 障害者の支援に資する資格で保有するものがあれば記入すること。複数資格の場合は全て記入すること。

### Ⅲ 収支予算書

| 項 目       |             | 金 額        | 備 考 |
|-----------|-------------|------------|-----|
| 収<br>入    | 委託料(※)      |            |     |
|           | 寄付金         |            |     |
|           | その他収入       |            |     |
|           | 合 計         |            |     |
| 支<br>出    | 人<br>件<br>費 | 職員俸給       |     |
|           |             | 職員諸手当      |     |
|           |             | 賃金         |     |
|           |             | 退職共済掛金     |     |
|           |             | 法定福利費      |     |
|           | 事<br>務<br>費 | 福利厚生費      |     |
|           |             | 旅費交通費      |     |
|           |             | 研修費        |     |
|           |             | 消耗品費       |     |
|           |             | 備品購入費      |     |
|           |             | 印刷製本費      |     |
|           |             | 水道光熱費      |     |
|           |             | 燃料費        |     |
|           |             | 修繕費        |     |
|           |             | 通信運搬費      |     |
|           |             | 会議費        |     |
|           |             | 広報費        |     |
|           |             | 業務委託費      |     |
|           |             | 手数料(委託費)   |     |
|           |             | 報償費(講師等謝礼) |     |
|           |             | 損害保険料      |     |
|           |             | 使用料及び賃借料   |     |
|           |             | 租税公課       |     |
| 雑費        |             |            |     |
| 合 計       |             |            |     |
| 収支(収入-支出) |             |            |     |

※上限を6,900千円までで、事業の実施に必要な金額を記入すること

令和 年 月 日

## 質 問 票

神戸市長 宛

神戸市視覚障害者生活支援業務 事業者公募要領等に関して、質問を行いたいの  
質問票を提出します。

|             |           | 質問票枚数 | 枚中 | 枚目 |
|-------------|-----------|-------|----|----|
| 質<br>問<br>者 | 法 人 名     |       |    |    |
|             | 部署・職名     |       |    |    |
|             | 担当者氏名     |       |    |    |
|             | 電 話 番 号   |       |    |    |
|             | F A X 番 号 |       |    |    |
|             | メールアドレス   |       |    |    |

| 資 料 名   | 1. 公募要領 2. 応募書類様式 ※該当する番号を○で囲んでください。 |     |  |
|---------|--------------------------------------|-----|--|
| 項 目 名   |                                      | ページ |  |
| 質 問 内 容 |                                      |     |  |
|         |                                      |     |  |

※質問は本様式1枚につき一問とし、簡潔にまとめて記入すること。

令和 年 月 日

## 応 募 申 請 辞 退 届

神戸市長 宛

法人所在地

法人名

代表者氏名

令和 年 月 日付で申請した神戸市視覚障害者生活支援事業者としての応募申請を辞退します。

令和 年 月 日

「神戸市視覚障害者生活支援事業者」  
公募説明会参加申込書

神戸市長 宛

令和4年11月8日（火）午前11時から神戸市立総合福祉センター第1会議室で開催される「神戸市視覚障害者生活支援事業者」の公募要領等に関する説明会への参加を申し込みます。

申込者

|       |              |
|-------|--------------|
| 法人名   |              |
| 所在地   |              |
| 代表者氏名 |              |
| 担当者   | 氏名：          |
|       | 部署・職名：       |
|       | 電話番号：        |
|       | FAX番号：       |
|       | メールアドレス：     |
| 参加者氏名 |              |
| 手話通訳  | 希望する ・ 希望しない |

※公募説明会への出席が応募の要件となります。

※必要事項を記入のうえ11月7日（月）午後5時30分までに送信してください。

申し込み先：神戸市福祉局障害福祉課

FAX：（078）322-6044

E-mail：[syogaifukushi-soumu@office.city.kobe.lg.jp](mailto:syogaifukushi-soumu@office.city.kobe.lg.jp)