|  |
| --- |
| **魚津市高齢者福祉計画及び第10期魚津市介護保険事業計画**  **策定支援業務委託に係るプロポーザル　様式集** |

令和７年７月

魚津市社会福祉課介護保険係

.様式第１号

質問票

令和　　年　　月　　日

魚津市長 あて

所在地

商号又は名称

代表者の職・氏名

魚津市高齢者福祉計画及び第10期介護保険事業計画策定支援業務委託に係るプロポーザルに参加するに当たり、下記のとおり質問がありますので、回答をお願いします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 質問事項 | 内容 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

※　質問欄は、適宜、拡大または追加してください。

様式第２号

参 加 表 明 書

令和　　年　　月　　日

魚津市長 あて

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名

魚津市高齢者福祉計画及び第10期介護保険事業計画策定支援業務委託に係るプロポーザルへの参加を表明します。

【連絡先】担当者所属： 氏　　名

　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 Ｅメール

（裏面)

（機密保持）

なお、本プロポーザルの応募に際し、魚津市から提供された機密扱いの情報については、以下のとおり取り扱うことを確認します。

①　開示された情報は、提案応募の目的以外には利用しない。

②　開示された情報の取扱いに関しては、最新の注意を払い厳重に管理する。

③　プロポーザル終了時には、すべての開示情報を廃棄する。

④　個人情報保護条例ほか関係法令を遵守する。

⑤　開示された情報について、提案者の責により損害が生じた場合は、賠償責任を負う。

様式第３号

会 社 概 要 書

令和　　年　　月　　日

魚津市長 あて

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名

魚津市高齢者福祉計画及び第10期介護保険事業計画策定支援業務委託に係るプロポーザルに参加するに当たり、会社概要は下記のとおりです。

１　本社本店

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所在地 | 〒 | | | | |
| 商号 | フリガナ | |  | | |
|  | | | | |
| 代表者名  （職・氏名） | フリガナ |  | | | |
|  | | | | |
| 業務内容 |  | | | | |
| 電話番号 |  | | | FAX番号 |  |

２　業務実施支社、支店、営業所

（本社・本店が業務実施の場合は、所在地欄にのみ「全て同上」と記載）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所在地 | 〒 | | |
| 商号  （支店等） | フリガナ | | |
|  | | |
| 代表者名 | フリガナ | | |
|  | | |
| 電話番号 |  | FAX番号 |  |

３　設立年月日

|  |
| --- |
| 年　　月　　日 |

４　従業員数

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 区　　　分 | 正規 | その他 | 合計 |
| 全従業員数 |  |  |  |
| 業務実施支社、支店、営業所  （本社・本店が業務実施の場合は、本社本店の従業員数） |  |  |  |

（裏面）

５ その他（会社概要特記事項　取得した品質管理等の国際規格など）

|  |
| --- |
|  |

様式第４号

業務実績書

令和　　年　　月　　日

魚津市長　あて

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名

魚津市高齢者福祉計画及び第10期介護保険事業計画策定支援業務委託に係るプロポーザルに参加するに当たり、契約実績は、下記のとおりです。

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 発注自治体名 | 契約件名 | 業務期間 |
| 1 |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |
| ６ |  |  |  |
| ７ |  |  |  |
| ８ |  |  |  |
| ９ |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| 16 |  |  |  |
| 17 |  |  |  |
| 18 |  |  |  |
| 19 |  |  |  |
| 20 |  |  |  |

※　高齢者福祉計画及び介護保険事業計画における契約実績（過去6年間）を記載すること。また、20件以上実績がある場合は、適宜行を追加すること。

様式第４号‐②　その他福祉関連計画　各種個別計画策定業務の契約実績

記

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 発注自治体名 | 契約件名 | 業務期間 |
| 1 |  |  |  |
| ２ |  |  |  |
| ３ |  |  |  |
| ４ |  |  |  |
| ５ |  |  |  |
| ６ |  |  |  |
| ７ |  |  |  |
| ８ |  |  |  |
| ９ |  |  |  |
| 10 |  |  |  |
| 11 |  |  |  |
| 12 |  |  |  |
| 13 |  |  |  |
| 14 |  |  |  |
| 15 |  |  |  |
| 16 |  |  |  |
| 17 |  |  |  |
| 18 |  |  |  |
| 19 |  |  |  |
| 20 |  |  |  |
| 21 |  |  |  |
| 22 |  |  |  |
| 23 |  |  |  |
| 24 |  |  |  |
| 25 |  |  |  |
| 26 |  |  |  |
| 27 |  |  |  |
| 28 |  |  |  |
| 29 |  |  |  |
| 30 |  |  |  |

※　その他類似業務（過去３年間）における契約実績を個別計画ごとにまとまった一覧として記載すること。また、30件以上実績がある場合は、適宜、行を追加すること。

様式第５号

業務実施体制調書

令和　　年　　月　　日

魚津市長　あて

所在地

商号又は名称

代表者職・氏名

魚津市高齢者福祉計画及び第10期介護保険事業計画策定支援業務を受託した場合、業務総括責任者、主任技術者の詳細は、下記のとおりです。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １．業務総括責任者 | | | | |
| 氏　名 | |  | 年齢 | 歳 |
| 現所属・役職名 | |  | | |
| 実務年数  保有資格 | | 年間 | | |
| 業務経歴 | 完了年月 | 発注機関・業務内容 | | 担当・役割 |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
| ２．主任技術者 | | | | |
| 氏　名 | |  | 年齢 | 歳 |
| 現所属・役職名 | |  | | |
| 実務年数  保有資格 | | 年間 | | |
| 業務経歴 | 完了年月 | 発注機関・業務内容 | | 担当業務 |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |
|  |  | |  |

※　業務履歴は、過去５年以内に従事した業務について記載すること。

※　令和７年度策定中の業務は、本業務時に兼務する業務について記載すること。

※　従事率は、本業務時の業務従事割合を記載すること。

（続き）

業 務 従 事 者 一 覧

魚津市高齢者福祉計画及び第10期介護保険事業計画策定業務を受託した場合、主に次のような要員で支援にあたります。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 所属・役職・氏名  ※協力事業者の場合は 社名も記載すること。 | 本業務の担当・役割 | 業 務 実 績 | | | 保有資格 |
| 主な担当業務  （内　容） | 実務年数 | |
|  |  |  |  | 年 |  |
|  |
|  |  |  |  | 年 |  |
|  |
|  |  |  |  | 年 |  |
|  |
|  |  |  |  | 年 |  |
|  |
|  |  |  |  | 年 |  |
|  |

※　欄が不足する場合は適宜増やすこと。また、複数資格を有する場合も適宜枠を調整すること。

※　本業務の担当を記入すること。

※　記載「保有資格」は、契約締結日までに証明書類（コピー可）を提出すること。

※　現在試験が行われていない資格、現在の同等資格もカッコ書きで明記すること。