

様式1

年 月 日

福 山 市 長 様
(保健福祉局長寿社会応援部高齢者支援課)

福山市高齢者保健福祉計画2027策定支援業務委託

プロポーザル参加表明書

【参加申込者】

所在地

法人名

(団体名)

代表者

印

連絡先(電話番号)

(FAX番号)

(電子メール)

福山市高齢者保健福祉計画2027策定支援業務委託プロポーザルに参加したいので、次の書類を添えて申し込みます。

- | | | |
|----|---|----|
| 1 | 受託実績報告書(様式2) | 1部 |
| | 過去5年以内の受託実績について、概要が分かる資料(契約書、報告書、新聞記事等のいずれか)を添付してください(写しでも可)。 | |
| 2 | 業務実施体制(様式3) | 1部 |
| 3 | 登記簿謄本(写しでも可) | 1部 |
| 4 | 市税の完納証明書(原本) | 1部 |
| 5 | 申立書(本市に納税義務のない場合に限る。)(様式4) | 1部 |
| 6 | 納税証明書(法人税等の滞納がないことを証明したもの[写しでも可]) | 1部 |
| 7 | 印鑑証明書(原本) | 1部 |
| 8 | 使用印鑑届(実印と異なる印鑑を契約等に使用する場合に限る。)(様式5) | 1部 |
| 9 | 委任状(様式6)(権限を支社長等に委任する場合に限る。) | 1部 |
| 10 | 誓約書(様式7) | 1部 |

受託実績報告書

名称 _____

1	業務名	
	発注者名	
	契約金額	
	契約期間	年 月 日～ 年 月 日
	業務概要	
2	業務名	
	発注者名	
	契約金額	
	契約期間	年 月 日～ 年 月 日
	業務概要	
3	業務名	
	発注者名	
	契約金額	
	契約期間	年 月 日～ 年 月 日
	業務概要	
4	業務名	
	発注者名	
	契約金額	
	契約期間	年 月 日～ 年 月 日
	業務概要	
5	業務名	
	発注者名	
	契約金額	
	契約期間	年 月 日～ 年 月 日
	業務概要	

(注意1) 過去5年以内における人口15万人以上の市が作成した高齢者保健福祉計画策定支援業務の受託実績の概要について、最大5件記載してください（概要が分かる資料〔契約書、報告書、新聞記事等のいずれか〕を添付してください）。

(注意2) 中核市の高齢者保健福祉計画の実績がある場合は、優先して記載してください。

業務実施体制

<実施体制図>

本業務の実施体制（提案者全体の体制図や提案業務における連携体制・配置人員、専任又は兼任の別等）について、記載してください。

<経験等>

本業務に直接従事する研究員の経験等について、記載してください。

職名等	名前	保有資格	類似業務の経験実績、経験年数等
		(例) 介護支援専門員	(例) 実績 〇〇市高齢者保健福祉計画策定支援業務委託 経験年数 〇〇年

※研究員の実績について、複数ある場合は全て記入してください。

申 立 書

年 月 日

福 山 市 長 様
(保健福祉局長寿社会応援部高齢者支援課)

申 立 人 本店の所在地..... 実 印
(申請者)

.....

商号又は名称.....

.....

代 表 者 名.....

(角印等を使用する場合は、押印すること。)

私は、_____プロポーザルの参加申込を行うに当たり、次のとおり申し立て
ます。

- 1 福山市内に事務所、事業所又は住所を有していません。
- 2 福山市内に固定資産を有していません。
- 3 福山市内に居住する従業員又は福山市内に居住した従業員に係る市民税の特別徴収義務者ではありません。
- 4 その他福山市に納付すべき確定した市税は、ありません。

(注) この申立書は、福山市へ納税義務がない場合に提出してください。
福山市へ納税義務がある場合は、市税の完納証明書を提出してください。

使用印鑑届

年 月 日

福 山 市 長 様
(保健福祉局長寿社会応援部高齢者支援課)

申請者 本店の所在地..... 実印

商号又は名称.....

代表者名.....

(角印等を使用する場合は、押印すること。)

次の印鑑を、見積り、契約の締結並びに代金の請求及び受領のため使用したいので届出ます。

(使用印)

印 鑑	
--------	--

- ※ この届出書は、代表者印と異なる印鑑を見積り及び契約時等に使用する場合のみ提出すること。
- ※ 様式6委任状を提出する場合、この届出書は不要です。

様式6

委任状

年 月 日

福 山 市 長 様
(保健福祉局長寿社会応援部高齢者支援課)

委任者

本社所在地 _____

代表者職・名前 _____ 代表者印

福山市高齢者保健福祉計画2027策定支援業務委託プロポーザルに係る一切の権限を次の者に委任します。

受任者

所在地 _____

支社名 _____

職・名前 _____ 印

電 話 _____

様式7

年 月 日

福 山 市 長 様
(保健福祉局長寿社会応援部高齢者支援課)

誓 約 書

法 人 名
(団体名)
代表者名前

印

福山市高齢者保健福祉計画2027策定支援業務委託プロポーザルに参加するに当たり、次の事項について
真実に相違ありません。

- 1 プロポーザル参加資格要件を満たしています。
- 2 提出した書類に虚偽又は不正はありません。

年 月 日

福 山 市 長 様
(保健福祉局長寿社会応援部高齢者支援課)

福山市高齢者保健福祉計画2027策定支援業務委託 企画提案書

法 人 名 :

(団 体 名) :

所 在 地 :

代表者職名前:

印

福山市高齢者保健福祉計画2027策定支援業務について、募集要項等の記載内容に同意の上、下記の書類を添えて、企画提案書を提出します。

- | | |
|----------------|----------------|
| 1 企画提案書本文 | 6部 (正本1部 副本5部) |
| 2 見積書 | 1部 |
| 3 他市の高齢者保健福祉計画 | 6部 |

(以下の内容について記載してください。)

- ・業務実施の基本的な考え方、方向性
- ・高齢者保健福祉施策（介護保険制度を含む。）の現状及び課題
- ・認知症施策基本計画について（厚生労働省の通知を踏まえた提案を行うこと）
- ・地域包括ケアシステムの更なる深化・推進に向けた考え方
- ・本市の地域特性を把握し、施策の構築に反映させる調査・分析の提案
- ・実態調査の集計及び分析の方法
- ・実態調査結果を計画へ反映させる具体的な方法
- ・計画書の構成案
- ・業務工程表
- ・その他独自の提案事項

(注意) 文字サイズは10ポイント以上としてください。
また、A4サイズ10枚以内で、原則片面印刷に統一してください。

福山市保健福祉局長寿社会応援部
高齢者支援課地域支援担当課長 様

質 問 書

福山市高齢者保健福祉計画2027策定支援業務委託について、質問事項がありますので提出します。

法人名（団体名）：
所 在 地：
担 当 者 名：
電 話：
F A X：
電 子 メ ー ル：

質問項目	
内 容	

(注意) 質問事項は、当様式1枚につき1問とし、簡潔に記載してください。

提出先 福山市保健福祉局長寿社会応援部高齢者支援課
〒720-8501 広島県福山市東桜町3番5号
電話 084-928-1189 (直通)
電子メールアドレス koureisha-shien@city.fukuyama.hiroshima.jp