様式第３号（第13第２項、第３項）

参　加　申　込　書

令和　　　年　　　月　　　日

　障がい者支援課長　　様

住　　　　所

商号又は名称

代表者 氏 名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　下記業務の公募型プロポーザル方式に参加したいので、資格要件具備説明書類を添えて参加を申し込みます。

記

１　対象業務名

　　令和６年度介護生産性向上推進総合事業委託業務

２　公告日

　　令和６年４月15日

【連絡先】　担当者所属　　　　　　　　　　　　　　 氏 名

電話番号

ﾌｧｯｸｽ番号

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

様式第３号の附表１

令和　　　年　　　月　　　日

参加要件具備説明書類総括書

提出者名

１　都道府県税及び地方消費税を滞納していないことが確認できる書類

　　別紙のとおり（納税証明書（未納の額がないことの証明））

２　社会保険に加入していることが確認できる書類

　　別紙のとおり　　加入義務有・労働保険

　　　　　　　　　　　　　　　　申請日直前の労働保険概算・確定保険料申告書の控え及びこれ

により申告した保険料の納入に係る領収済通知書の写し等

　　　　　　　　　　　　　　　・厚生年金保険、健康保険

申請日直前の保険料の納入に係る領収証書又は納入証明書の写し等

加入義務無・賃金台帳、労働者名簿、源泉所得税領収書等のうちいずれかの写し

３　同種又は類似の業務の実績

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 業　務　名 |  |  |  |
| (1)発　注　者　名 |  |  |  |
| (2)契　約　金　額 |  |  |  |
| (3)履　行　期　間 |  |  |  |
| (4)業 務 の 概 要 |  |  |  |

　（注）１　会社としての実績とし、記載件数は３件以内とする。

　　　　２　実績は、公告の日から過去５年以内に履行した業務を対象とする。

　　　　３　上記実績を証する契約書の写しを添付すること。

様式第３号の附表２

令和　　　年　　　月　　　日

長野県健康福祉部

障がい者支援課長　様

住　　　　所

商号又は名称

代表者 氏 名　　　　　　　　　　　　　　㊞

誓　　約　　書

　令和６年度介護生産性向上推進総合事業委託業務の企画提案に当たり、公募型プロポーザル方式実施広告の「２　応募資格要件」に定められた資格を満たしていることを誓約します。

様式第６号（第17第３項）

業　務　等　質　問　書

提出日：令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 発注機関名 |  | | 公　 告 　日 | 令和　　年　　月　　日 |
| 業　 務 　名  業務箇所名 |  | | | |
| 質問書提出者 | 所　 　 在　 　地 |  | | |
| 商号又は名称 |  | | |
| 電　　　　　　　話 |  | | |
| 担当者　所属・氏名 |  | | |
| 質問内容 |  | | | |

様式第８号（第19第２項）

企 　画　 提　 案　 書

令和　　　年　　　月　　　日

　長野県健康福祉部

障がい者支援課長　様

住　　　　所

商号又は名称

代表者 氏 名　　　　　　　　　　　　　　㊞

下記の業務について、企画提案書を提出します。

記

１　対象業務名

　　令和６年度介護生産性向上推進総合事業委託業務

２　公告日

　　令和６年４月15日

【連絡先】　担当者所属　　　　　　　　　　　　　　 氏 名

電話番号

ﾌｧｯｸｽ番号

ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

様式第８号の附表

令和　　　年　　　月　　　日

企　画　書

提出者名

住　　所

|  |
| --- |
| ア　実施内容 |
| （業務内容に関する具体的な企画案） |
| （業務に関する知見及び経験） |
| イ　実施体制 |
| （業務の実施体制） |
| （個人情報の取扱い） |
| ウ　業務に要する経費及びその内訳 |
| ＊経費の合計額は、公告１（８）に示す費用の上限額以内となるようにしてください。 |
| エ　その他当該業務の目的を達するために有効な事項 |
|  |

※各項目のスペースは、必要に応じて拡大又は縮小して使用してください。また、上記項目が網羅されていれば、独自様式の提案書でも結構です。