**第三次和光市国民健康保険ヘルスプラン策定**

**支援業務委託に係る**

**公募型プロポーザル様式集**

（様式１）Ａ４縦

**参 加 申 込 書**

第三次和光市国民健康保険ヘルスプラン策定支援業務委託に係る公募型プロポーザルに関係書類を添えて参加を申し込みます。

令和　　年　　月　　日

　　和光市長　柴﨑　光子　あて

**提出者**

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便番号 |  |
| 所在地 |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者 | ㊞ |

**連絡先担当者**

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 |  |
| 氏名 |  |
| 電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| Ｅ－mail |  |

（様式２）Ａ４縦

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **会 社 概 要 書** | | | |
|
| 企 　業 　名 |  | | |
| 所 　在　 地 |  | | |
| 代 表 者 名 |  | | |
| 設立年月日 |  | 資　本　金 |  |
| 売上高  （直近決算） |  | | |
| 会社沿革 |  | | |
|
|
|
|
|
|
|
|
| 社員数、有資格者の人数等  （令和５年３月１日現在で記載してください。） |  | | |
|
|
|
|
|
|
| 事業内容 |  | | |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|

※直近の法人の貸借対照表及び損益計算書の写しを添付すること

（様式３）Ａ４縦

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **業務実績調書**（プロポーザル参加者における業務実績） | | |
| １ | 業務名 |  |
| 発注者名 |  |
| 発注者の被保険者規模 |  |
| 契約金額 | （税込） |
| 履行期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| 業務概要 |  |
| ２ | 業務名 |  |
| 発注者名 |  |
| 発注者の被保険者規模 |  |
| 契約金額 | （税込） |
| 履行期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| 業務概要 |  |
| ３ | 業務名 |  |
| 発注者名 |  |
| 発注者の被保険者規模 |  |
| 契約金額 | （税込） |
| 履行期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| 業務概要 |  |
| ４ | 業務名 |  |
| 発注者名 |  |
| 発注者の被保険者規模 |  |
| 契約金額 | （税込） |
| 履行期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| 業務概要 |  |
| ５ | 業務名 |  |
| 発注者名 |  |
| 発注者の被保険者規模 |  |
| 契約金額 | （税込） |
| 履行期間 | 年　　月　　日　～　　　　　年　　月　　日 |
| 業務概要 |  |
| 備考  １　基準日は、令和５年３月１日現在としてください。  ２　平成２９年度から令和４年度までに完成した、市区町村における業務実績を５件以内で記入し、５件に満たない場合は空欄としてください。  　３　発注者の被保険者規模は、計画策定時の被保険者数を記入してください。  　４　業務実績について、契約書の写し１部（契約件名、契約金額、契約当事者が表記されている部分）及び成果品１部を提出すること。 | | |

（様式４）Ａ４縦

**配置予定者調書（管理技術者）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | 年齢 | 歳 | 実務経験年数 | | | | 年 |
| 本業務で担当する業務内容 | |  | | | | | | | | |
| **主な業務実績**（５件まで記入） | | | | | | | | | | |
| 業務名  （発注者名・発注者の被保険者規模） | | | 業務概要 | | | | 業務期間 | | 立場 | |
|  | | |  | | | | ～ | 年　　月  年　　月 |  | |
|  | | |  | | | | ～ | 年　　月  年　　月 |  | |
|  | | |  | | | | ～ | 年　　月  年　　月 |  | |
|  | | |  | | | | ～ | 年　　月  年　　月 |  | |
|  | | |  | | | | ～ | 年　　月  年　　月 |  | |
| 備考  　１　基準日は、令和５年３月１日現在としてください。  ２　実務経験年数は、計画策定分野における経験年数とし、１年未満は切り捨てて記入してください。  ３　主な業務実績は、平成２９年度から令和４年度までに完成した、市区町村における業務実績を５件以内で記入し、５件に満たない場合は空欄としてください。  ４　業務名（発注者の被保険者規模）は、計画策定時の被保険者数を記入してください。  　　　なお、第１次審査においては、本市の被保険者規模以上の自治体での業務実績を高評価とします。  ５　立場には、その業務における管理技術者、技術担当者（主担当）等の役割分担を記入してください。 | | | | | | | | | | |

（様式５）Ａ４縦

**配置予定者調書（技術担当者（主担当））**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | | | 年齢 | 歳 | 実務経験年数 | | | | 年 |
| 本業務で担当する業務内容 | |  | | | | | | | | |
| **主な業務実績**（５件まで記入） | | | | | | | | | | |
| 業務名  （発注者名・発注者の被保険者規模） | | | 業務概要 | | | | 業務期間 | | 立場 | |
|  | | |  | | | | ～ | 年　　月  年　　月 |  | |
|  | | |  | | | | ～ | 年　　月  年　　月 |  | |
|  | | |  | | | | ～ | 年　　月  年　　月 |  | |
|  | | |  | | | | ～ | 年　　月  年　　月 |  | |
|  | | |  | | | | ～ | 年　　月  年　　月 |  | |
| 備考  　１　基準日は、令和５年３月１日現在としてください。  ２　実務経験年数は、計画策定分野における経験年数とし、１年未満は切り捨てて記入してください。  ３　主な業務実績は、平成２９年度から令和４年度までに完成した、市区町村における業務実績を５件以内で記入し、５件に満たない場合は空欄としてください。  ４　業務名（発注者の被保険者規模）は、計画策定時の被保険者数を記入してください。  　　　なお、第１次審査においては、本市の被保険者規模以上の自治体での業務実績を高評価とします。  ５　立場には、その業務における管理技術者、技術担当者（主担当）等の役割分担を記入してください。 | | | | | | | | | | |

（様式６）Ａ４縦

**企画提案書**

第三次和光市国民健康保険ヘルスプラン策定支援業務委託に係る公募型プロポーザルにおける企画提案書を別紙のとおり提出します。

令和　　年　　月　　日

和光市長　柴﨑　光子　あて

**提出者**

|  |  |
| --- | --- |
| 郵便番号 |  |
| 所在地 |  |
| 商号又は名称 |  |
| 代表者 | ㊞ |

**連絡先担当者**

|  |  |
| --- | --- |
| 所属 |  |
| 氏名 |  |
| 電話 |  |
| ＦＡＸ |  |
| Ｅ－mail |  |

（様式７）Ａ４縦

令和　　年　　月　　日

和光市長　柴﨑　光子　あて

所在地

事務所名

質問に対する責任者名

電話番号

Ｅ－mail

**質　問　書**

第三次和光市国民健康保険ヘルスプラン策定支援業務委託に係る公募型プロポーザルについて、次のとおり質問します。

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