（様式第１号）

提案者番号（事務局記入欄）

企画提案応募申請書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

茨城県知事 大井川　和彦 殿

 　　　　　住　　　　所

 　　　　　商号又は名称

 　　　　　　 　　　 代表者名

令和７年度国民健康保険　かかりつけ医及び地域の薬局と連携した保健事業業務委託につきまして、下記のとおり関係書類を添えて申請します。

記

１　提出書類

（１）宣誓書（様式第２号）　　　　　　　　　　　　　　　・・・１部

（２）提案者概要書（様式第３号）　　　　　　　　　　　　・・・６部

（３）企画提案書（任意様式）　　　　　　　　　　　　　　・・・６部

（４）類似業務の実績調書（様式第４号）　　　　　　　　　・・・６部

（５）再委託に関する調書（様式第５号）　　　　　　　　　・・・６部

（６）見積書（様式第６号）　　　　　　　　　　　　　　　・・・６部

（７）その他、添付資料（パンフレットなど）（任意提出）　 ・・・６部

　※（２）から（７）は順番に綴ること。

２　この企画提案書の記載責任者及び連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（ふりがな） |  |
| 所　　　属 |  |
| 住　　　所 |  |
| 電　　　話 |  |
| ファックス |  |
| 電子メール |  |

（様式第２号）

宣　　誓　　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

　茨城県知事　大井川　和彦　殿

　住　　　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称

代表者の氏名

　令和７年度国民健康保険　かかりつけ医及び地域の薬局と連携した保健事業業務委託に係る企画提案応募申請を行うに当たり、応募資格である下記事項をすべて満たしていることに相違ありません。

記

（１）茨城県物品調達等競争入札参加者資格審査要項（平成８年茨城県告示第254号）に基づく競争入札参加資格があること。ただし、茨城県物品調達等登録業者指名停止基準に基づく指名停止の措置を受けていない者であること。

（２）宗教的活動又は政治的活動を主たる目的としていないこと。

（３）地方自治法施行令（昭和22年政令第16号）第167条の４第１項の規定に該当しない者及び同条第２項の規定に基づく茨城県の入札参加の制限を受けていない者であること。

（４）会社更生法（平成14年法律第154号）に基づき更生手続開始の申立てがなされている者又は民事再生法（平成11年法律第225号）に基づき再生手続開始の申立てがなされている者でないこと。

（５）受託業務について十分な業務遂行能力を有し、適正な経理執行体制を有する者であること。

（６）個人情報を適切に管理する能力・体制を有すること。

（様式第３号）

提案者概要書

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 代　表　者 |  |
| 住　　所 | 本社 |  |
| 受託支・所 |  |
| 受託業務本拠地 |  |
| 資本金 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　千円 |
| 従業員数 | 事務系 | 技術系 | その他 | 合計 |
| 　　　　　　人 | 　　　　　　人 | 　　　　　　　人 | 　　　　　　　　人 |
| 業務内容 | 〈設立年月日〉〈事業内容〉 |
| 取得認証等 |  |
| 組織図（本業務の担当部署・窓口を中心に明記すること） |  |

※　上記欄の記入の他、会社概要・パンフレット等がある場合は、添付すること。

（様式第４号）

類似業務の実績調書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 業務名 |  |
| 発注者 |  | 受注金額 | 千円 |
| 業務期間 |  |
| 業務概要 |  |
| 成果・特色 |  |
| ２ | 業務名 |  |
| 発注者 |  | 受注金額 | 千円 |
| 業務期間 |  |
| 業務概要 |  |
| 成果・特色 |  |
| ３ | 業務名 |  |
| 発注者 |  | 受注金額 | 千円 |
| 業務期間 |  |
| 業務概要 |  |
| 成果・特色 |  |

※　過去（直近のもの）の業務について、最大３件まで記載すること。

※　業務実績数及び記載事項（行数）は、適宜、変更して作成すること。

（様式第５号）

再委託に関する調書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 再委託先の称号又は名称 | 住所 | 代表者名 | 再委託を行う内容 | 再委託を行う理由 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※　主要な業務の再委託を記入すること。単純な作業の外注は記載不要。

（様式第６号）

見　　積　　書

茨城県知事　大井川　和彦　殿

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金　額 |  | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

　　　　（消費税および地方消費税を含む）

「令和７年度国民健康保険　かかりつけ医及び地域の薬局と連携した保健事業業務委託の受託者公募に関する説明書」等を承諾の上、上記のとおり見積ります。

　　令和　　年　　月　　日

住所又は所在地

商号又は名称

代表者氏名

【注意事項】

○金額の前に￥マークを記入すること。

○単価内訳書（様式自由）を添付すること。

○単価内訳書には単価、単位、数量を明記すること。

○単価内訳書には間接費用等必要となる経費をすべて明示すること。

（様式第７号）

辞　　退　　届

　令和　　年　　月　　日付で令和７年度国民健康保険　かかりつけ医及び地域の薬局と連携した保健事業業務委託に企画提案応募申請書を提出しましたが、辞退いたします。

令和　　年　　月　　日

（申請者）

住所（主たる事務所の所在地）

商号又は名称

代表者の氏名

（辞退の理由）

（様式第８号）

令和　　年　　月　　日

令和７年度国民健康保険　かかりつけ医及び地域の薬局と連携した保健事業業務委託に

関する質問書

|  |  |
| --- | --- |
| 団体の名称 |  |
| 部署名 |  |
| 氏名 |  |
| 電話 |  |
| ファックス |  |
| 電子メール |  |
| 表題 |
| 内容 |

※電子メールにて以下のアドレスへ送付してください。

また、送付後、電話にて届いているかどうかの確認をしてください。

電話　：029－301－3172

E-mail：koso7@pref.ibaraki.lg.jp