様式１

参　加　表　明　書

　　年　　月　　日

安　城　市　長

所在地

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　実印

私は、あんジョイプラン１０（第９次安城市高齢者福祉計画・第９期安城市介護保険事業計画）策定業務の参加資格を満たしており、本プロポーザルに参加したいので必要書類を添えて提出します。

なお、本参加表明書及び添付書類の記載事項については、事実と相違ないことを誓約します。

＜連絡先＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 項目 | 内容 |
| １ | 郵便番号 |  |
| ２ | 所在地 |  |
| ３ | 名称 |  |
| ４ | 担当者部課名 |  |
| ５ | 担当者氏名 |  |
| ６ | 電話番号 |  |
| ７ | ＦＡＸ |  |
| ８ | e-mail |  |

※上記の連絡先欄に記載された個人情報は、本プロポーザルに関する連絡調整のみに利用します。

様式２

会　社　概　要

提出日現在

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 項目 | 内容 |
| １ | 商号又は名称 |  |
| ２ | 代表者氏名 |  |
| ３ | 設立年月日 |  |
| ４ | 本社所在地 |  |
| ５ | 支店・営業所名 |  |
| ６ | 会社沿革 |  |
| ７ | 業務内容 |  |
| ８ | 資本金（円）（直近） |  |
| ９ | 当期純利益（円）（直近） |  |
| 10 | 従業員数（人） |  |
| 11 | 安城市競争入札参加資格区分 | 業種：営業種目： |
| 12 | 安城市からの受注実績 | 　　　　年度：　　　件　　　　　　　　　　　円　　　　年度：　　　件　　　　　　　　　　　円　　　　年度：　　　件　　　　　　　　　　　円 |
| 13 | 保有資格 |  |
| ISO9001 | 登録日（最終更新日）：認証番号： |
| ISO14001 | 登録日（最終更新日）：認証番号： |
| ISO27001/ISMS | 登録日（最終更新日）：認証番号： |
| プライバシーマーク | 認定日（最終更新日）：認定番号： |
| その他 |  |
| 14 | ホームページ（URL） |  |

・記入欄が不足する場合は増やしてよい。

・「保有資格」欄に記載したものは、参加表明書提出時に証明書類（コピー可）を提出すること。様式３

類　似　業　務　実　績　一　覧

所在地

商号又は名称

代表者氏名

提出日現在

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 組織名称 | 受託業務名 | 業務内容（概要・規模・成果物等） | 受託期間 | 金額（税込） |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

・記入欄が不足する場合は増やしてよい。

・市町村の計画策定に関する業務の実績を過去１０年分記載すること。

・無償のものは実績とみなさない。

・記載したもののうち、直近３契約については、参加表明書提出時に当該契約書の写しを提出すること。様式４

業　務　実　施　体　制　図

提出日現在

|  |
| --- |
| 　　 |

・本業務を受託した場合の業務実施体制図（指揮命令系統を明示）を提出すること。

・協力会社や再委託予定先等、本業務を遂行するすべての事業者を記入すること。

・様式５の業務従事者の氏名は必須。様式５

業　務　従　事　者　一　覧

提出日現在

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 役割 | 氏名・所属・役職 | 類似業務実績 | 保有資格（名称、取得年月日） |
| 業務名 | 実務年数 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

・記入欄が不足する場合は増やしてよい。

・「保有資格」欄に記載したものは、参加表明書提出時に証明書類（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に関しては、現在の同等資格もカッコ書きで明記すること。

様式６

質　問　票

安城市高齢福祉課あて

　　年　　月　　日

１　質問事項

|  |  |
| --- | --- |
|  | 該当資料名、ページ、項番等 |
| 質問事項 |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |
|  |  |
|  |

２　連絡先

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 項目 | 内容 |
| １ | 郵便番号 |  |
| ２ | 所在地 |  |
| ３ | 名称 |  |
| ４ | 担当者部課名 |  |
| ５ | 担当者氏名 |  |
| ６ | 電話番号 |  |
| ７ | fax |  |
| ８ | e-mail |  |

・提出期限は令和４年７月８日（金）午後５時

・koufuku@city.anjo.lg.jpあてメールで提出し、到達確認を電話で必ず行うこと

様式７

辞　退　届

年　　　月　　　日

安　城　市　長

入札者　住　所

　　　　氏　名

名称及び

代表者氏名 　　 　　 ㊞

下記の案件について、下記の理由により企画提案審査を辞退します。

記

１　委託業務名

　あんジョイプラン１０（第９次安城市高齢者福祉計画・第９期安城市介護保険事業計画）

２　辞退理由

様式８

見　積　書

　安　城　市　長

所在地

商号又は名称

代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　実印

あんジョイプラン１０（第９次安城市高齢者福祉計画・第９期安城市介護保険事業計画）策定業務について、下記のとおり見積ります。

記

１　見積価格

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金 |  | 千 | 百 | 拾 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

・消費税及び地方消費税は含まないこと。

・算用数字を用い、頭に「￥」を記入すること。

・訂正又は抹消した個所には押印すること。ただし、金額欄の訂正は無効とする。

・見積書の金額に消費税を含めたものが、実施要領の提案上限額を超えないこと。

・見積金額は、年度毎に内訳が分かるものを添付すること。

　なお、内訳が分かるものとは、項目別に概要、税抜金額、税額、税込金額がわかる明細資料であり、項目別税抜金額の合計額は、上記「１　見積金額」と一致すること。