様式１

質　問　書

令和　　年　　月　　日

御所市長　山田　秀士　　様

所　在　地

事 業 者 名

代表者氏名

（連絡先）担当者氏名
電 話 番 号
ＦＡＸ 番 号
Ｅ－ｍａｉｌ

御所市高齢者保健福祉計画・第１０期介護保険事業計画・認知症施策推進計画策定支援業務委託に係る公募型プロポーザル実施要領等について、次のとおり質問します。

No	該当資料名	頁	質　問　事　項
1			
2			
3			

※ 質問書は、令和７年５月３０日（金）午後５時までに電子メールで送信すること。
（送信先・電子メール：kaigo@city.gose.nara.jp）
※ 質問書を送信後、担当・提出先まで必ず架電すること。
※ 質問欄が不足する場合には、適宜追加すること。
※ 質問がない場合は、質問書の提出は不要である。

様式２

参　加　申　込　書

令和　　年　　月　　日

御所市長　山田　秀士　　様

所　在　地

事 業 者 名

代表者氏名　　㊞

御所市高齢者保健福祉計画・第１０期介護保険事業計画・認知症施策推進計画策定支援業務委託に係る公募型プロポーザル実施要領及び仕様書の趣旨を理解し、参加資格をすべて満たしていますので、参加を申し込みます。

【添付書類】

- □ 誓約書（様式３）
- □ 会社概要書（様式４）
- □ 業務実績書（様式５）
- □ 業務実施体制（様式６）
- □ 担当者経歴書（様式７）
- □ 過去３年間の決算状況（様式８）
- □ 品質保証への取組み（様式９）

（連絡先）

所　属　部　署	
所属部署住所	
担 当 者 氏 名	
電　話　番　号	
ＦＡＸ　番　号	
E-mail アドレス	

様式３

誓　約　書

今回、御所市が実施する、御所市高齢者保健福祉計画・第１０期介護保険事業計画・認知症施策推進計画策定支援業務委託に係る公募型プロポーザルに参加するにあたり、関係法令等について再度認識したうえで厳正な手続きを行い、下記事項のすべてに該当する事業者であることを誓約します。

なお、虚偽、不正行為が判明したときは、いかなる処分に対しても異議を申し立てません。

記

１　御所市高齢者保健福祉計画・第１０期介護保険事業計画・認知症施策推進計画策定支援業務委託に係る公募型プロポーザル実施要領に記載された「３．参加資格」を満たした事業者であること。

２　御所市高齢者保健福祉計画・第１０期介護保険事業計画・認知症施策推進計画策定支援業務の履行期間中に、当該委託業務の業務工程・管理運営を円滑かつ安定して実施できる能力を有し、全責任をもって誠実かつ確実に業務を履行すること。

３　後日提出する提案書等の書類一式に記載するすべての事項は事実と相違ないこと。

４　後日提出する提案書等に記載された内容を実現することに対して、一切の追加費用を伴わず実施すること。

５　受託後に、仕様変更の申し出及び弊社の一方的な解釈での納入等は、一切行わないこと。

６　第三者を介しての営業行為及び庁舎外での折衝などは、一切行わないこと。

７　上記事項に違反する行為が後日認められた場合には、契約解除、違反金の支払及び損害賠償等への異議申し立ては行いません。

御所市長　山田　秀士　様

令和　　年　　月　　日

所　在　地
事 業 者 名
代表者氏名　　㊞

様式４

会　社　概　要　書

令和　　年　　月　　日

１　本社本店

事　業　者　名	
代 表 者 氏 名	
所　　在　　地	
設 立 年 月 日	年　　月　　日
資　　本　　金	円
情報セキュリティマネジメント ＩＳＯ２７００１	取得　：　有　（写し添付）　・　無
プライバシーマーク	取得　：　有　（写し添付）　・　無

２　業務実施支社、支店、営業所（本社本店が業務実施の場合は、「同上」と記載）

事　業　者　名	
代 表 者 氏 名	
所　　在　　地	

３　従業員数（本社本店が業務実施の場合は、下段は記載不要）

区　　分	技術系	事務系	合　計
本社本店	人	人	人
業務実施支社、支店、営業所	人	人	人

※ 事業者の経歴、組織体制、事業概要等が分かる資料を添付すること。

様式５

業　務　実　績　書

令和　　年　　月　　日

事業者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

1	発注自治体名	（現在の人口規模　　人）
	業務名	
	契約金額	円
	契約期間(履行期間)	年　　月　　日～　　年　　月　　日
	業務内容	
2	発注自治体名	（現在の人口規模　　人）
	業務名	
	契約金額	円
	契約期間(履行期間)	年　　月　　日～　　年　　月　　日
	業務内容	
3	発注自治体名	（現在の人口規模　　人）
	業務名	
	契約金額	円
	契約期間(履行期間)	年　　月　　日～　　年　　月　　日
	業務内容	
4	発注自治体名	（現在の人口規模　　人）
	業務名	
	契約金額	円
	契約期間(履行期間)	年　　月　　日～　　年　　月　　日
	業務内容	
5	発注自治体名	（現在の人口規模　　人）
	業務名	
	契約金額	円
	契約期間(履行期間)	年　　月　　日～　　年　　月　　日
	業務内容	

※「高齢者保健福祉計画及び介護保険事業計画」等に係る策定支援業務について元請として完了した業務実績（過去１０年以内のもの）を５件程度まで記載すること。

※ 実績を示す資料（当該計画の概要版等）を添付すること。

様式６

業　務　実　施　体　制

令和　　年　　月　　日

事業者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

役　割	氏名・役職	実務経験年数	資格・専門分野	担当業務
業務責任者	氏名 役職	年		
業務担当者Ａ	氏名 役職	年		
業務担当者Ｂ	氏名 役職	年		
業務担当者Ｃ	氏名 役職	年		
業務担当者Ｄ	氏名 役職	年		

※ 配置を予定している者全員について記載すること。

※ 記入欄が不足する場合は、適宜、拡大又は追加すること。

様式７

担　当　者　経　歴　書

令和　　年　　月　　日

事業者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■ 主担当者

氏　名		年齢	歳	実務年数	件
所　属		役職			
資格等 ※学歴、資格の名称、取得日等				現在の担当業務の件数	件

業務経歴 ※主担当者として携わった介護保険事業計画等の業務経歴を記入すること。	期	自治体名	計　画　名
	例）第〇期	〇〇県〇〇市	〇〇市高齢者保健福祉計画及び第〇期介護保険事業計画

■ 副担当者

氏　名		年齢	歳	実務年数	件
所　属		役職			
資格等 ※学歴、資格の名称、取得日等				現在の担当業務の件数	件

業務経歴 ※主担当者又は副担当者として携わった介護保険事業計画等の業務経歴を記入すること。	期	自治体名	計　画　名
	例）第〇期	〇〇県〇〇市	〇〇市高齢者保健福祉計画及び第〇期介護保険事業計画

様式１０

企 画 提 案 書 等 提 出 書

令和　　年　　月　　日

御所市長　山田　秀士　　様

所　在　地

事 業 者 名

代表者氏名　　㊞

御所市高齢者保健福祉計画・第１０期介護保険事業計画・認知症施策推進計画策定支援業務委託に係る公募型プロポーザル実施要領に基づき、次のとおり企画提案書等を提出します。なお、提出書類のすべての記載事項に相違ないことを誓約します。

【提出書類】

☐ 企画提案書別紙（任意様式）
☐ 業務工程表（任意様式）
☐ 提案価格書（様式１１）

（連絡先）

所　属　部　署	
所属部署住所	
担 当 者 氏 名	
電　話　番　号	
ＦＡＸ　番　号	
E-mail アドレス	

様式１１

提　案　価　格　書

令和　　年　　月　　日

御所市長　山田　秀士　　様

件名　御所市高齢者保健福祉計画・第１０期介護保険事業計画・認知症施策推進計画策定支援業務

金額 ［　　］

内訳

【令和７年度】

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

【令和８年度】

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

※ 金額は算用数字で表示し、頭書に￥の記号を付記すること。

※ 消費税及び地方消費税込みの金額とすること。

※ 内訳書の合計金額と同額であることを確認のうえ、記載すること。

（事業者）

所　在　地＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

事 業 者 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代表者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

※ 提案価格の積算根拠（業務項目、作業内容、単位、数量、単価、金額、摘要）を詳細に示した内訳書を添付すること。（添付がない場合は評価の対象外）

様式１２

参　加　辞　退　届

令和　　年　　月　　日

御所市長　山田　秀士　　様

所　在　地

事 業 者 名

代表者氏名　　㊞

御所市高齢者保健福祉計画・第１０期介護保険事業計画・認知症施策推進計画策定支援業務委託に係る公募型プロポーザルに対し、参加を申し込みましたが、次の理由により辞退いたします。

辞退理由