

様式 I

質 問 書

令和 8 年 月 日

御所市長 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 - m a i l

御所市介護保険ケアプラン点検等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 8 年 7 月 17 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 8 年 月 日

御所市長 様

所 在 地

事 業 者 名

代表者氏名

㊞

御所市介護保険ケアプラン点検等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）

☐ 業務実施体制（様式 6）

☐ 会社概要書（様式 4）

☐ 担当者経歴書（様式 7）

☐ 業務実績書（様式 5）

☐ 提案価格書（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	
F A X 番 号	
E-mail アドレス	

様式 3

誓 約 書

今回、御所市が実施する、御所市介護保険ケアプラン点検等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 御所市介護保険ケアプラン点検等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 御所市介護保険ケアプラン点検等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 様

令和 8 年 月 日

所 在 地
事 業 者 名
代表者氏名

⑨

様式 4

会 社 概 要 書

令和 8 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

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 8 年 月 日

事業者名 _____

1	発注自治体名	(現在の人口規模 人)
	契約日	
	契約金額	円
	契約期間(履行期間)	年 月 日～ 年 月 日
	業務実績における特徴的な事項 (工夫した点等)	
2	発注自治体名	(現在の人口規模 人)
	契約日	
	契約金額	円
	契約期間(履行期間)	年 月 日～ 年 月 日
	業務実績における特徴的な事項 (工夫した点等)	
3	発注自治体名	(現在の人口規模 人)
	契約日	
	契約金額	円
	契約期間(履行期間)	年 月 日～ 年 月 日
	業務実績における特徴的な事項 (工夫した点等)	
4	発注自治体名	(現在の人口規模 人)
	契約日	
	契約金額	円
	契約期間(履行期間)	年 月 日～ 年 月 日
	業務実績における特徴的な事項 (工夫した点等)	
5	発注自治体名	(現在の人口規模 人)
	契約日	
	契約金額	円
	契約期間(履行期間)	年 月 日～ 年 月 日
	業務実績における特徴的な事項 (工夫した点等)	

※実績は元請けとして契約し、納入が完了した業務を対象とすること。

※直近の納入実績から順に5つまで記載すること。

様式 6

業 務 実 施 体 制

令和 8 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	年		
	役職			
業務担当者 A	氏名	年		
	役職			
業務担当者 B	氏名	年		
	役職			
業務担当者 C	氏名	年		
	役職			
業務担当者 D	氏名	年		
	役職			

※ 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。

[illegible]

様式 8

企 画 提 案 書 等 提 出 書

令和 8 年 月 日

御所市長 様

所 在 地

事 業 者 名

代表者氏名

㊞

御所市介護保険ケアプラン点検等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）
- ☐ 業務実施計画書（任意様式）

（連絡先）

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

様式 9

提 案 価 格 書

令和 8 年 月 日

御所市長 様

件名 御所市介護保険ケアプラン点検等業務

金額

--

※ 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

印

※ 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 10

参 加 辞 退 届

令和 8 年 月 日

御所市長 様

所 在 地

事 業 者 名

代表者氏名

印

御所市介護保険ケアプラン点検等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

--

暴力団等に該当しない旨の誓約書

私（当法人）は、下記 1 及び 2 のいずれにも該当しません。また、将来においても該当することはありません。

この誓約が虚偽であり、又はこの誓約に反したことにより、当方が不利益を被ることとなっても、異議は一切申し立てません。

また、当方の個人情報を警察に提供することについて同意します。

記

1. 契約の相手方として不適当な者

- (1) 法人等（個人、法人又は団体をいう。）の役員等（個人である場合はその者、法人である場合は役員又は支店若しくは営業所や出張所（常時契約を締結する事務所をいう。）の代表者、団体である場合は代表者、理事等、その他経営に実質的に関与している者をいう。）が、暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成 3 年法律第 77 号）第 2 条第 2 号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）又は暴力団員（同法第 2 条第 6 号に規定する暴力団員若しくは暴力団構成員をいう。以下同じ。）であるとき。
- (2) 役員等が、自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用するなどしているとき。
- (3) 役員等が、暴力団又は暴力団員に対して、資金等を供給し、又は便宜を供与するなど直接的あるいは積極的に暴力団の維持、運営に協力し、若しくは関与しているとき。
- (4) 役員等が、暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれを不当に利用するなどしているとき。
- (5) 役員等が、暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有しているとき。

2. 契約の相手方として不適当な行為をする者

- (1) 暴力的な要求行為を行う者。
- (2) 法的な責任を超えた不当な要求行為を行う者。
- (3) 取引に関して脅迫的な言動をし、又は暴力を用いる行為を行う者。
- (4) 偽計又は威力を用いて契約担当官等の業務を妨害する行為を行う者。
- (5) その他前各号に準ずる行為を行う者。

御所市長 山田 秀士 様

令和 8 年 月 日

所在地

事業者名

代表者氏名

印