

## 公募型プロポーザル参加申請書

令和      年      月      日

大阪市 福祉局長 向井 順子

法人所在地

法 人 名

代表者氏名

次の業務にかかる公募型プロポーザルに参加したいので、資料を添えて申出ます。  
なお、資料の内容については事実と相違ないことを誓約します。

### 記

#### 1 企画プロポーザル参加資格審査資料

- ☐ ① 公募型プロポーザル参加申請書      様式 1
- ☐ ② 法人の概要      様式 2
- ☐ ③ 大阪市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画・認知症施策推進計画策定にか  
かる計画素案及び計画書作成等支援業務委託事業企画提案書  
様式 3－1      ～      様式 3－7

#### 2 連絡先

所 属 名

担 当 者 名

電 話 番 号

F A X 番 号

E - M a i l

## 法人の概要

令和 年 月 日現在

フリガナ	
法人の名称	
代表者氏名	
法人の所在地	〒
設立年月日	明治 ・ 大正 年 月 日 昭和 ・ 平成 ・ 令和
役員数	人
資本金／ 基本財産	
法人の沿革 及び 主な事業内容	別添資料【 有 ・ 無 】
法人の雇用する 職員数	
その他特記事項	

大阪市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画・認知症施策推進計画策定  
にかかる計画素案及び計画書作成等支援業務委託事業企画提案書

① 本業務にかかる基本方針

(本業務実施にあたって、貴社の基本的な考え方や重要と考える点について記載してください)

別添資料【 有 ・ 無 】

※ 記入欄が不足する場合は適宜追加して差支えない。

## ② 計画策定支援にかかる考え方

(本市における高齢者の保健福祉・介護保険事業・認知症施策の現状及び国の動向等を踏まえた、次期計画策定に対する貴社の考え方について記載してください)

別添資料【 有 ・ 無 】

※ 記入欄が不足する場合は適宜追加して差支えない。

## ③ スケジュール（仕様書・別紙）を踏まえた本業務の具体的な提案内容

次の点について、記載してください

- ・計画素案及び計画素案のパブリック・コメント用概要版の作成にかかる支援業務の具体的内容・方法
- ・パブリック・コメントにおける意見集約業務にかかる支援業務の具体的内容・方法
- ・国や類似の政令指定都市などの先進事例の本市との比較・検証、高齢者実態調査等関連調査・資料の収集及び分析にかかる支援業務の具体的内容・方法

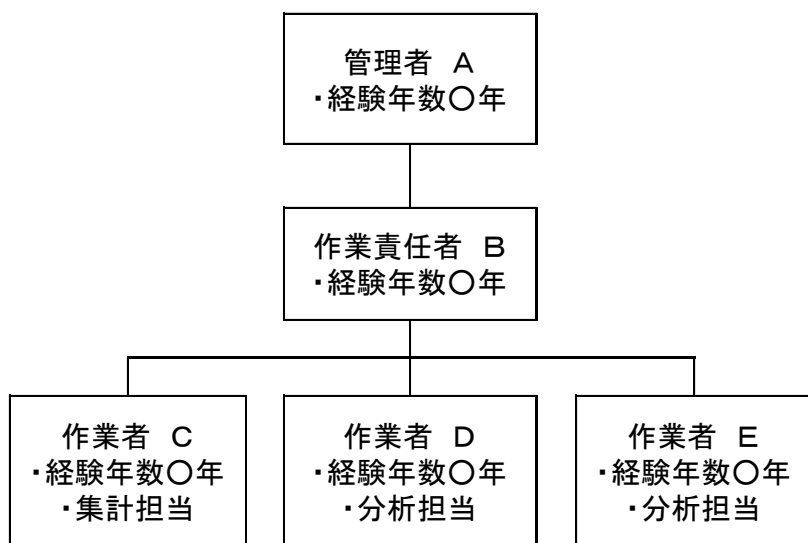
別添資料【 有 ・ 無 】

※ 記入欄が不足する場合は適宜追加して差支えない。

## ④ 業務執行体制

(本業務にかかる実施体制・支援体制(職員の配置・分担等)及び体制図について記載してください)

(体制図例)



※個人名は記載しないでください。

別添資料【 有 ・ 無 】

※ 記入欄が不足する場合は適宜追加して差支えない。

⑤ 人権への配慮

（高齢者を取り巻く現状と人権課題、高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画、認知症施策推進計画に関する計画の策定において必要と考える人権への配慮について、記載してください）

別添資料【 有 ・ 無 】

## ○ 費用積算根拠

総事業費 (うち消費税等)	円 (円)
------------------	----------

項目	金額 (税抜)	積算内訳・根拠
人件費	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
企画・管理等事務費	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
その他	円	
	円	
	円	
	円	
	円	
小計	円	
消費税等	円	
合計	円	

※ 記入欄が不足する場合は適宜追加して差支えない。

※ 総事業費は大阪市高齢者保健福祉計画・介護保険事業計画・認知症施策推進計画策定にかかる計画素案及び計画書作成等支援業務募集要項（公募型プロポーザル）の 2（3）事業規模（契約上限額）の範囲とすること。

※ 単価、人数（数量）など積算を詳細に記入すること。（別紙添付可）



## ⑥ 類似業務実績

都道府県、政令指定都市及び中核市における高齢者保健福祉計画（老人福祉計画）・介護保険事業計画・認知症施策推進計画にかかる、過去6年以内の実績について10件を記載

業務名称・業務内容		実施年月	発注先(自治体課名)	受注金額
1		年 月		
2		年 月		
3		年 月		
4		年 月		
5		年 月		
6		年 月		
7		年 月		
8		年 月		
9		年 月		
10		年 月		

以上、相違ありません。

令和 年 月 日

住所又は事業所所在地

商号又は名称

氏名又は代表者名

※共同体の場合は、法人ごとに作成すること。