

## 公募型企画プロポーザル参加申請書

令和 年 月 日

大阪市 福祉局長 様

法人所在地

法人名

代表者氏名

次の業務にかかる公募型企画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 公募型企画プロポーザル参加申請書 様式 1
- ☐ ② 法人の概要 様式 2
- ☐ ③ 高齢者実態調査票（案）
- ☐ ④ 大阪市高齢者実態調査実施及び集計・分析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 ・ 昭和 年 月 日<br>平成 ・ 令和 |
| 役 員 数                                  | 人                             |
| 資本金／<br>基 本 財 産                        |                               |
| 法人の沿革<br>及 び<br>主な事業内容                 | 別添資料【 有 ・ 無 】                 |
| 法人の雇用する<br>職 員 数                       |                               |
| その他特記事項                                |                               |
| プライバシー<br>マーク制度等の<br>認可・認証の<br>有無とその種類 | 有 ・ 無<br>種類：                  |

## 大阪市高齢者実態調査等実施及び集計・分析業務委託事業企画提案書

### ○ 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。

○ 高齢者施策・介護保険事業の理解度

(高齢者の保健福祉・介護保険事業の現状及び国の動向等について記載ください)

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。

## ○ スケジュールを踏まえた調査実施方法の提案

(調査ごとに調査の実施方法及びその理由について記載ください。

(調査手法や回収率を上げる独自の取組など) )

- ・ 本人調査
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- ・ 介護保険サービス利用者調査・介護者調査
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- ・ 介護保険サービス未利用者調査・介護者調査
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- ・ 介護支援専門員調査
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- ・ 施設調査
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- ・ 介護予防・日常生活圏域ニーズ調査

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。

## ○ 調査結果・集計及び分析・研究結果を踏まえた本業務の具体的な提案

次の点について、記載ください

- ・調査結果に対する具体的な集計方法
- ・調査結果に対する具体的な分析、研究方法

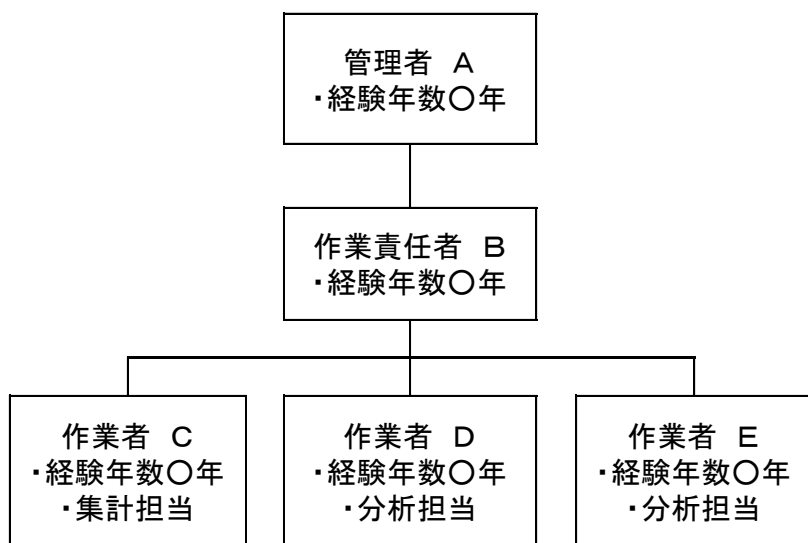
別添資料【 有 ・ 無 】

※ 記入欄が不足する場合は適宜追加して差支えない。

## ○ 業務執行体制

(本業務にかかる貴社内部の実施体制（職員の配置・分担等）及び体制図について記載ください)

(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。

## ○ 費用積算根拠

|                  |          |
|------------------|----------|
| 総事業費<br>(うち消費税等) | 円<br>(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実態調査等実施及び集計・分析業務委託募集要項(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)

※ 大阪市高齢者実態調査と介護予防・日常生活圏域ニーズ調査、それぞれの事業費がわかるようにすること。



## ○ 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）または介護保険事業計画にかかる、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