

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 向井 順子 様

住所又は事務所所在地

商号又は名称

氏名又は代表者氏名

印

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 業務名称
- 2 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就労支援事業の受託実績調書【様式2】
- ☐ ③企画提案書【様式3～11】（正本1部、副本10部）
- ☐ ④決算書
- ☐ ⑤登記事項証明書
- ☐ ⑥申請内容確認書【様式12】
- ☐ ⑦印鑑証明書又は印鑑登録証明書
- ☐ ⑧使用印鑑届【様式13】
- ☐ ⑨消費税及び地方消費税の納税証明書
- ☐ ⑩市町村民税並びに固定資産税の納税証明書
- ☐ ⑪有料職業紹介事業許可証の写し
- ☐ ⑫事業者概要
- 3 令和7・8・9年度大阪市入札参加有資格者名簿への登録の有無と承認番号
- 登録の有無（ 有 ・ 無 ）
- 承認番号（ ）※登録のある者のみ
- 4 連絡先
- 所 属 名
- 担 当 者 名
- 電 話 番 号

就労支援事業の受託実績調書

履行中を含む就労支援事業の受託実績について、直近のものから順にご記入ください。

業務名称・実施概要等		実施年月	発注先（担当部署）
1		年 月～ 年 月	担当部署等 ()
2		年 月～ 年 月	担当部署等 ()
3		年 月～ 年 月	担当部署等 ()
4		年 月～ 年 月	担当部署等 ()
5		年 月～ 年 月	担当部署等 ()

以上、相違ありません。

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

印

【様式 3】
(各区域共通)

「事業目的及び課題」についてご記載ください。

※複数枚となる場合には、様式を複写していただき、ページ下部に通し番号を付してください。

【様式 4】
(各区域共通)

「事業運営」についてご記載ください。

※複数枚となる場合には、様式を複写していただき、ページ下部に通し番号を付してください。

【様式 5】

(各区域共通)

「基本的な支援内容」、「就労意欲の醸成が必要な対象者等への支援」、
「職場定着支援（特に就業先等の関係機関との連携方法）」、「求人開拓」につ
いてご記載ください。

※複数枚となる場合には、様式を複写していただき、ページ下部に通し番号を付してください。

【様式 6】

(各区域共通)

支援対象者の状態に合わせた就労に向けた技法や知識の習得及び能力向上に資する取組み、職場体験等の実施計画等についてご記載ください。

※複数枚となる場合には、様式を複写していただき、ページ下部に通し番号を付してください。

「具体的事例への対応」

以下の文章を読み、設問（１）～（２）について、順にお答えください。

（事例 1）

対象者は高校生の息子と 2 人で生活保護を受給している 40 歳代後半女性。うつ病を患っており精神障がい者保健福祉手帳 3 級を所持。病状が安定してきたため、主治医と CW に相談の上、自立に向けてまずは週 1、2 日のアルバイトを開始したいと就労支援を希望。CW が稼働能力ありと判断し、本事業を利用することとなった。対象者は、就労意欲はあるものの離職期間が約 10 年あり、就労への不安も感じている。

- （１） 対象者の抱える課題は何か、所見を述べてください。
- （２） このような事例に対して、本事業においてどのような支援が考えられますか。
他事業との連携をふまえ、どのような支援計画を立て支援を実施されるかについて記載してください。

※複数枚となる場合には、様式を複写していただき、ページ下部に通し番号を付してください。

「具体的事例への対応」

以下の文章を読み、設問（１）～（２）について、順にお答えください。

（事例 2）

対象者は、生活保護を受給する 30 歳代前半の単身世帯の男性。就労経験があり、失業により保護受給となる。対象者は通院しておらず体調は問題ない。CW よりフルタイムでの就職を目標とした本事業の要請があった。対象者自身も本事業の利用に同意しているが、就労意欲が低く、加えて生活費のやりくりができず、多方面に借金を重ねている。本事業の面談には応じるものの、何かと理由をつけ求人に応募しようとししない。対象者の主訴としては、借金返済により、心理的に追い詰められており、就職活動に専念できないとのこと。

- （１） 対象者の抱える課題は何か、所見を述べてください。
- （２） 対象者が就職活動に専念できる環境づくりとしてどのような取組が考えられますか。
他事業との連携をふまえ、どのような支援計画を立て支援を実施されるかについて記載してください。

※複数枚となる場合には、様式を複写していただき、ページ下部に通し番号を付してください。

【様式 8-2】

(阿倍野区ほか2区域)

「南港地区の支援対象者の利便性向上を目的として実施する効果的な支援手法」について頻度及び支援実施場所を記載したうえで提案してください。

※複数枚となる場合には、様式を複写していただき、ページ下部に通し番号を付してください。

【様式 9】
(各区域共通)

「支援体制」について
 下の【配置計画表】に具体的に示していただいたうえ、その他の項目についてご記載下さい。
 ※複数枚となる場合には、様式を複写していただき、ページ下部に通し番号を付してください。

【配置計画表】

職種（有資格）・役割等	配置人数			備考 (配置区、配置日数等)
		うち提案 事業者職員	うち今後 採用予定数	
	人	人	人	
	人	人	人	
	人	人	人	
	人	人	人	
	人	人	人	
	人	人	人	
	人	人	人	
	人	人	人	
	人	人	人	
	人	人	人	
	人	人	人	
	人	人	人	
	人	人	人	
	人	人	人	
	人	人	人	
	人	人	人	
	人	人	人	
	人	人	人	
	人	人	人	
	人	人	人	
計	人	人	人	

※行が不足する場合には適宜追加してください。

【様式 10】

(各区域共通)

「保健福祉センター及び自立相談支援機関との連携」についてご記載ください。

※複数枚となる場合には、様式を複写していただき、ページ下部に通し番号を付してください。

【令和8年度】

※行が不足する場合には適宜追加してください。

【令和9年度】

[illegible]

※行が不足する場合には適宜追加してください。

【令和10年度】

[illegible]

※行が不足する場合には適宜追加してください。

申請内容確認書

令和 年 月 日

大阪市福祉局長 向井 順子 様

代表者実印押印欄

次の内容について、相違ないことを確認し申請します。

本店所在地

商号又は名称

[illegible]

支店又は営業所の所在地

商号又は名称

受任者 役職・氏名

業務名称：()

【誓約事項】 貴市における公募型企画プロポーザル参加資格審査申請にあたり、次に掲げる事項に相違ないことを誓約します。

- ① 地方自治法施行令第 167 条の 4（契約を締結する能力を有しない者及び破産者で復権を得ない者）に該当しません。
- ② 法令等の規定により、営業又は事業について、免許、許可又は登録を要する場合において、当該免許、許可又は登録を受けています。
- ③ 令和 7 年 11 月 21 日時点において、引き続き 1 年以上営業又は事業を行っています。
- ④ 市町村民税、固定資産税並びに消費税及び地方消費税を完納しています。
- ⑤ 大阪市契約関係暴力団排除措置要綱に基づく入札等除外措置を受けていません。また、同要綱別表に掲げるいずれの措置要件にも該当していません。
- ⑥ 以上の全ての誓約事項に相違ありません。相違があった場合は、公募型企画プロポーザル参加資格を取り消されても異議申し立てを行いません。また、大阪市契約関係暴力団排除措置要綱及び大阪市競争入札参加停止措置要綱による停止措置を受けた場合は、同要綱に基づく公表がされることに同意します。

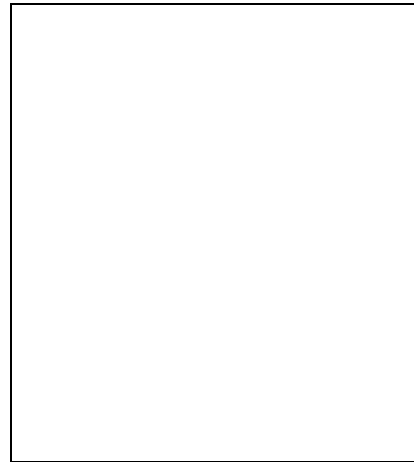
【委任事項】前記、受任者を代理人と定め、貴市における契約について次のとおり権限を委任します。

- ① 公募型企画プロポーザル参加及び見積りについて
- ② 契約の締結、変更及び解除について
- ③ 代金及び保証金の請求並びに受領について
- ④ 復代理人の選任及び解任について
- ⑤ 契約の履行に関する保証契約の締結について

使 用 印 鑑 届



実 印



使 用 印

※使用印は役職名又は氏名等が表示されたものに限りします。

業務名称：()

契約の締結、代金の請求及び領収その他契約事務一切に関し上記印鑑を使用します。

令和 年 月 日

大阪市福祉局長 様

所 在 地
業 者 名
代表者名