

受付番号	
------	--

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 様

(申請者)

所在地：

法人名：

代表者氏名：

将来の世代に向けた新たな介護予防施策構築支援事業業務委託の受託について、必要書類を添付して参加申請を行います。

担当者氏名及び連絡先	担当部署名
	担当者氏名
	電話番号
	Fax 番号
	E-Mail

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 様

申請団体名

(共同事業体名称) _____

(代表者) 所在地:

法人名:

代表者氏名:

(構成員) 所在地:

法人名:

代表者氏名:

(構成員) 所在地:

法人名:

代表者氏名:

将来の世代に向けた新たな介護予防施策構築支援事業業務委託の受託について、必要書類を添付して参加申請を行います。

担当者氏名及び連絡先	担当部署名
	担当者氏名
	電話番号
	Fax 番号
	E-Mail

《 企画提案書 》

将来の世代に向けた新たな介護予防施策構築支援事業業務

【①参加申請の動機】

【②- 1 問題意識】

【②- 2 課題認識】

【③業務の実施計画】

※仕様書の業務内容に基づき、提案時点で想定する作業分解構成図のほか、データ分析（期間を表記）、調査実施（期間を表記）、事業の見直し、評価指標の検討、新たな介護予防施策構築支援等の事業の実施スケジュール等を作成してください。また、令和8年度、9年度に実施する内容を明確に区分して記載し、実施スケジュールの内容に基づき「様式3経費見積書」を作成してください。

※データ分析、調査実施については、順番は問わない、同時進行でも可。

【④業務の具体的な実施方法（課題解決に向けた取組み）】

※仕様書の業務内容5の(3)から(9)の実施手法の提案を記載してください。

【⑤セールスポイント】

※分析・評価や新たな介護予防施策構築、目的達成のためにに向けたセールスポイントを記載してください。

【⑥業務にかかる実施体制】

※業務実施にかかる体制（人員の配置、分担、経験年数、有する資格等）及び体制図について、記載してください。また、個人情報保護、セキュリティに関する体制も記載してください。

【⑦成果物のサンプルの提示】

※効果額の試算やロジックモデル、評価指標など本事業におけるサンプルを提示してください。
データ等については、オープンデータや事業者独自調査等のものを活用し、作成してください。

経 費 見 積 書

(商号又は名称、若しくは共同事業体名)

〇〇

将来の世代に向けた新たな介護予防施策構築支援事業業務委託

令和 8 年度 〇〇 円

詳細については、R 8 内訳明細書のとおり。

令和 9 年度 〇〇 円

詳細については、R 9 内訳明細書のとおり。

提案金額計 〇〇 円

内消費税 (〇〇 円)

経費見積書

(商号又は名称、若しくは共同事業体名)

将来の世代に向けた新たな介護予防施策構築支援事業業務委託

令和 8 年度

項目 (内訳)	経費 (税抜)	積算内訳
〇〇業務		
〇〇調査	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>※必要に応じて行を追加する等、項目を追加してください。 ※本業務にかかる経費について、人件費・物件費がわかる 見積書及び積算根拠を記載してください。 ※別紙による場合は、その旨記載してください。</p> </div>	
〇〇調査		
〇〇業務		
〇〇作業		
〇〇評価		
〇〇作業		
合計		

企画提案金額

内消費税

経費見積書

(商号又は名称、若しくは共同事業体名)

将来の世代に向けた新たな介護予防施策構築支援事業業務委託

令和9年度

項目 (内訳)	経費 (税抜)	積算内訳
〇〇業務		
〇〇調査	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> ※必要に応じて行を追加する等、項目を追加してください。 ※本業務にかかる経費について、人件費・物件費がわかる見積書及び積算根拠を記載してください。 ※別紙による場合は、その旨記載してください。 </div>	
〇〇調査		
〇〇業務		
〇〇作業		
〇〇評価		
〇〇作業		
合計		

企画提案金額

内消費税

様式4

業務実績調書
(本市を含む官公庁・民間企業における実績)

商号または名称： _____

担当者： _____ 電話： _____

契約名	発注者名	契約金額（千円）	契約期間		業務の概要、実施したことによる効果 ※分析・評価したことによる効果（原因の判明や見直し等） ※提案により実施した新たな取組みによる効果 など
			自：令和年月日	至：令和年月日	
			自：令和年月日		
			至：令和年月日		
			自：令和年月日		
			至：令和年月日		
			自：令和年月日		
			至：令和年月日		

※本業務と類似または同様の契約履行実績（履行中のものを除く）を記入すること。（3年以内・5件まで。記載欄が足りない場合は2枚目以降を作成すること。複数年契約については、履行開始より1年を経過したものは実績とみなす。）

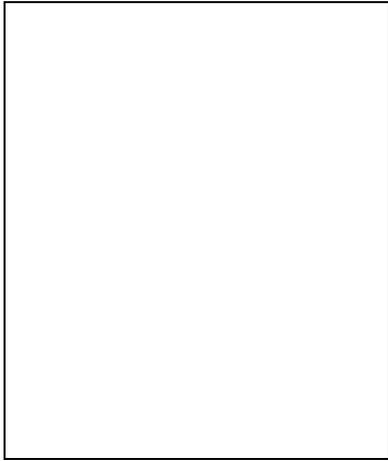
※2者以上の事業者が共同事業体を結成して申請する場合は、それぞれの構成員毎に作成すること。（代表構成員の提出は必須とし、代表構成員以外の実績を有しない構成員は作成不要とする。）

※当該実績を有しない場合は、空欄ではなく最上段に「なし」と記載のうえ提出してください。

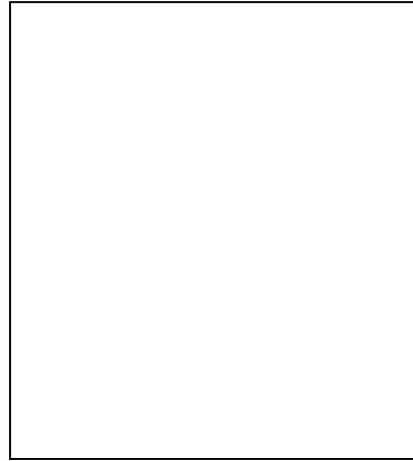
※業務実績調書に記載した業務内容が確認できる仕様書や実績報告書のいずれかを添付すること。

様式5

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ません。

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

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

令和 年 月 日

大阪市福祉局長 様

(申請者)

所在地:

法人名:

代表者氏名:

誓約書

当法人は、「将来の世代に向けた新たな介護予防施策構築支援事業業務委託」について、公募型プロポーザルの参加申請を行うにあたり、下記のとおり誓約いたします。

誓約事項

- 「将来の世代に向けた新たな介護予防施策構築支援事業業務委託募集要項」に記載されている内容の全てを遵守します。

- 貴市へ提出した全ての書類は事実と相違はなく、参加資格等の要件を満たしています。また、相違があった場合は参加資格等を取り消されても異議を申し立てず、提出した書類の返却は求めません。