

(様式 1)

令和 年 月 日

(宛名) 桜井市長

(提出者) 住 所 :
事業者名 :
代表者名 :

(担当者) 部 署 名 :
氏 名 :
電話番号 :
FAX 番号 :
E-Mail :

質問書

第 4 次桜井市障害者福祉基本計画策定支援業務委託プロポーザルに関して、以下のとおり質問します。

質問箇所	質問内容

(提出先) 桜井市 社会福祉課

メールアドレス : shakaifk@city.sakurai.lg.jp

(様式 2)

令和 年 月 日

質問回答書

第 4 次桜井市障害者福祉基本計画策定支援業務委託プロポーザルに関する質問について、以下のとおり回答します。

質問箇所	質問内容	回答

(様式 3)

令和 年 月 日

(宛先) 桜井市長

住 所 :

事業者名 :

代表者名 :

印

参加申請書

第 4 次桜井市障害者福祉基本計画策定支援業務委託プロポーザルに参加したいので、下記の提出資料を添えて申込みます。

- 提出資料
 - ・ 誓約書 (様式 4)
 - ・ 会社概要書 (様式 5)
 - ・ 業務実績調書 (様式 6)
 - ・ 業務実施体制調書 (様式 7)
 - ・ 配置予定者調書 (様式 8)

- 提出部数
正本 1 部、副本 1 部

担当者	部署名	
	氏 名	
	電 話	
	F A X	
	E-Mail	

(様式 4)

誓 約 書

第 4 次桜井市障害者福祉基本計画策定支援業務委託プロポーザル参加にあたり、次の事項を誓約します。

- 1 第 4 次桜井市障害者福祉基本計画策定支援業務委託プロポーザル実施要領に掲げる参加資格要件を全て満たしています。
- 2 参加に際し、第 4 次桜井市障害者福祉基本計画策定支援業務委託プロポーザル実施要領の内容を承諾の上で参加します。
- 3 参加に際し、提出する書類すべての記載事項について、事実と相違ありません。

令和 年 月 日

(宛名) 桜井市長

(申請者)

住 所 :

事業者名 :

代表者名 :

⑩

(様式 5)

会社概要書

(令和 8 年 4 月現在)

1. 本社本店

会社名	フリガナ:
代表者名 (職・氏名)	フリガナ:
所在地	〒
業務内容	
設立年月日	
資本金	
ホームページ URL	

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、所在地欄にのみ「すべて同上」と記載すること。

会社名	フリガナ:
代表者名 (職・氏名)	フリガナ:
所在地	〒

3. 従業員数

※ 業務を実施する会社の従業員数を記載すること。

区分 (本社 or 支社)	技術系	事務系	合計
	人	人	人

(様式 6)

事業者名 : _____

代表者名 : _____

業務実績調書

契約業務名	業務概要	発注者	履行期間
			契約金額 (税込)

(注 1) 令和 3 年 4 月 1 日以降に、地方公共団体が発注した同種業務または類似業務を元請として完了した実績を記載すること。

〔 同種業務：障害者基本計画または障害福祉計画、障害児福祉計画の策定支援業務
(複数計画の一体策定を含む。) 〕
〔 類似業務：福祉関係計画策定業務 〕

(注 2) 奈良県内の実績、同種業務及び新しい業務実績を優先し、5 件まで記載すること。

(注 3) 記載した業務内容が確認できる契約書の写し及び仕様書等、実績が明確に判断できる資料を添付すること。

(様式 7)

事業者名： _____

代表者名： _____

業務実施体制調書

役割	所属・役職・氏名・年齢	実務経験年数・資格	担当する業務内容
管理責任者	所属： 役職： 氏名： 年齢：	実務経験年数： 資格： ・ ・	
主たる担当者	所属： 役職： 氏名： 年齢：	実務経験年数： 資格： ・ ・	
担当者	所属： 役職： 氏名： 年齢：	実務経験年数： 資格： ・ ・	
担当者	所属： 役職： 氏名： 年齢：	実務経験年数： 資格： ・ ・	
担当者	所属： 役職： 氏名： 年齢：	実務経験年数： 資格： ・ ・	

(注 1) 配置を予定しているもの全員について記載すること。

(注 2) 実務経験年数は、本業務と同種業務または類似業務における経験年数をいう。

(注 3) 記入欄が不足する場合は、適宜欄を追加して入力すること。

(様式 8)

事業者名： _____

代表者名： _____

配置予定者調書

フリガナ 氏名			
生年月日	年 月 日	年齢	歳
役割	管理責任者 ・ 主たる担当者 ・ 担当者		
所属・役職		実務経験 年数	年
所有資格			
手持ち業務（令和 8 年 5 月 15 日現在）			
件数	件	内訳	①業務名： 役割： ②業務名： 役割： ③業務名： 役割：
同種業務または類似業務の担当実績（令和 3 年 4 月 1 日以降に発注されたもの）			
契約業務名	役割	担当業務概要	発注者 履行期間

- (注 1) この届は、配置予定者 1 人につき 1 枚を提出すること。
- (注 2) 役割は、「管理責任者」・「主たる担当者」・「担当者」より選択し、記載すること。
- (注 3) 実務経験年数は、本業務と同種業務または類似業務における経験年数をいう。
- (注 4) 手持ち業務は、3 つ以上ある場合は、番号を適宜追加し記載すること。
- (注 5) 担当実績は、奈良県内の実績、同種業務及び新しい業務実績を優先し、3 件まで記入すること。
- 〔 同種業務：障害者基本計画または障害福祉計画、障害児福祉計画の策定支援業務
(複数計画の一体策定を含む。)
類似業務：福祉関係計画策定業務 〕
- (注 6) 担当実績業務のうち、様式 6 の業務経歴書に記載のないものは、業務内容が確認できる契約書の写し及び仕様書等、実績が明確に判断できる資料を添付すること。

(様式 9)

令和 年 月 日

様

桜井市長 松井 正剛

参加資格確認通知書

第 4 次桜井市障害者福祉基本計画策定支援業務委託プロポーザル実施要領に基づき提出された参加申込書等について、審査の結果、以下のとおりに決定したので通知いたします。

記

参加資格の有無	有 ・ 無
無の場合の理由	<input type="checkbox"/> 参加資格要件を満たしていないため
	<input type="checkbox"/> 必要書類の不備等により失格と判断されたため
	<input type="checkbox"/> 参加資格は満たしているが、評価点が上位 3 者を下回ったため

(様式 10)

令和 年 月 日

(宛先) 桜井市長

住 所

事業者名

代表者名

印

企画提案書等提出書

第 4 次桜井市障害者福祉基本計画策定支援業務委託プロポーザルに係る企画提案書等を提出します。

- 提出書類
 - ・ 企画提案書 (様式 11)
 - ・ 業務工程表 (様式任意、A4 用紙 1 枚)
 - ・ 見積書 (様式任意、A4 用紙 1 枚)
- 提出部数
 - 正本 1 部、副本 4 部

担当者	部署名	
	氏 名	
	電 話	
	F A X	
	E-Mail	

(様式 11)

事業者名：_____

代表者名：_____

企画提案書

(注 1) 記載する内容には、提案者が特定できる文言を用いないこと。

(注 2) A4 用紙 10 枚以内とし、片面印刷でページ番号を付すこと。

(注 3) 使用する文字の大きさは 10.5 ポイント以上とし、これより小さい場合は評価対象外とする。
(図表中の文字の大きさは問わないが、判読困難である場合は、評価の対象外とする。)

(注 4) 別紙「審査項目及び選考基準」における評価基準への対応がわかるように記入すること。

(注 5) 提出の際、「注意書き」は全て削除しても構わない。

(様式 12)

令和 年 月 日

(宛先) 桜井市長

住 所

事業者名

代表者名

⑩

辞退届

第 4 次桜井市障害者福祉基本計画策定支援業務委託プロポーザルへの参加を下記の理由により
辞退します。

(理由)

担当者	部署名	
	氏 名	
	電 話	
	F A X	
	E-Mail	

(様式 13)

令和 年 月 日

様

桜井市長 松井 正剛

公募型プロポーザル選定結果通知書

第4次桜井市障害者福祉基本計画策定支援業務委託に係る公募型プロポーザルについて、審査の結果、貴社の提案は下記のとおりとなりましたので通知いたします。

記

選定結果	優先交渉権者 ・ 次点提案者 ・ 非選定
------	----------------------