【第１号様式】

令和　　年　　月　　日

（提出先）

平塚市長

質問票

「平塚市国民健康保険特定保健指導支援業務委託」のプロポーザルについて質問があるので、質問票を提出します。

|  |
| --- |
| ○質問内容 |

送付先　平塚市役所　保険年金課　資格給付担当　特定保健指導担当者

　　　　 電子メール：　honen@city.hiratsuka.kanagawa.jp

【第２号様式】

令和　　年　　月　　日

（提出先）

平塚市長

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　 印

プロポーザル提案参加表明書

「平塚市国民健康保険特定保健指導支援業務委託」のプロポーザルに参加したいので、参加資格を満たすことを誓約します。

１ 提出書類

（１）

（２）

（３）

２ 連絡担当者

部　　課

職・氏名

電話番号

ＦＡＸ

電子メール

【第３号様式】

会　社　概　要

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 設立年月日 |  |
| 代表者職・氏名 |  |
| 資本金 |  |
| 事業所(本社等) | 【所在地】【電話】【ホームページＵＲＬ】 |
| 業務実施事業所 | 【所在地】【電話】【担当部署・担当者名】 |
| 主な事業内容 |  |
| 従業員数 | (常勤・非常勤・派遣等雇用形態別に人数を記載。内訳として保健師・看護師・管理栄養士の職種も記載すること) |
| 人材育成(業務従事者の資質向上に対する取組、人材育成に関する考え方等) |  |
| 安全管理(苦情や事故発生時の対応方法等) |  |
| 本業務に対する考え方（業務に対する基本的な考え方や対象者に対する支援方針等） |  |
| 本業務に取り組むにあたり、独自に工夫した実施方法等ＰＲしたい点（本業務に係る知識やノウハウの取得及びその活用方法等） |  |

※ 応募時点の内容を記載してください。

　必要に応じて枠を広げてください。２ページ以上になっても構いません。

【第４号様式】

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日

平塚市長殿

特定保健指導受注実績申告書

過去５年間における主な類似業務の実績を契約期間が新しいものから順に記入ください。

【参加資格として、以下の実績が必要です】

国民健康保険、または各種社会保険（各健康保険組合、共済組合等）において、令和２年度以降に特定保健指導業務の受注実績があること。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 発注者名 | 契約件名 | 業務内容 | 契約期間 |
| １ |  |  |  | 　　年　　月～年　　月 |
| ２ |  |  |  | 年　　月～年　　月 |
| ３ |  |  |  | 　　年　　月～年　　月 |
| ４ |  |  |  | 　　年　　月～年　　月 |
| ５ |  |  |  | 　　年　　月～年　　月 |
| ６ |  |  |  | 　　年　　月～年　　月 |
| ７ |  |  |  | 年　　月～年　　月 |
| ８ |  |  |  | 年　　月～年　　月 |

【第５号様式】

個人情報保護に関する取組について

　個人情報の取り扱い、従業員の守秘義務に関する考え方及び取組について、具体的に記載してください。（別途資料がある場合には、その旨を記載のうえ資料を添付してください）

|  |
| --- |
|  |

【第６号様式】

社会貢献等の取組について

　社会貢献や地域貢献、環境配慮及び法令順守（各種一般法、労働関係法令を含む）について、貴事業者の考え方や取組を具体的に記載してください。

|  |
| --- |
|  |

【第７号様式】

令和　　年　　月　　日

（提出先）

平塚市長

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　　　 印

提案辞退届

　令和　　年　　月　　日付で平塚市国民健康保険特定保健指導支援業務委託プロポーザル提案参加表明書を提出しましたが、都合により辞退します。

以　上

【第８号様式】

令和　　年　　月　　日

（提出先）

平塚市長

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　　 印

企画提案書提出届

「平塚市国民健康保険特定保健指導支援業務委託」のプロポーザルに参加しますので、企画提案書等の関係資料を提出します。

１ 提出書類

（１）

（２）

（３）

２ 連絡担当者

部　　課

職・氏名

電話番号

ＦＡＸ

電子メール

【第９号様式】

委 託 料 内 訳

【積極的支援（８０人）】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　目 | 単　価（１件につき） | 単　価　×　８０人 |
| 初回面接後 | 円 | 円 |
| 継続支援後 | 円 | 円 |
| 実績評価後 | 円 | 円 |
| 初回面接後 ＋ 継続支援後＋実績評価後 | 円 |  | 円 |

【動機付け支援（３００人）】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項　　目 | 単　価（１件につき） | 単　価　×　３００人 |
| 初回面接後 | 円 | 円 |
| 実績評価後 | 円 | 円 |
| 初回面接後 ＋ 実績評価後 | 円 |  | 円 |

【その他】

特定保健指導の実施に要する経費のうち、上記以外の経費がある場合は以下に記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 費用内訳 |
|  | 円 |
|  | 円 |
|  |  | 円 |

【委託料】

上記金額欄のうち、積極的支援及び動機付け支援の各□の①＋②＋③の合計額を記載してください。

|  |
| --- |
| 円 |

※ 上記の金額には、消費税及び地方消費税（１０％）を含んだ金額を記載してください。

※ 人数（積極的支援８０人及び動機付け支援３００人）については、目標人数になりますので、実際の実施人数ではありません。

【第１０号様式】

平保年第　　号

　令和　年（　　　　年）　　月　　日

商号又は名称

代表者　　様

平塚市長　落合　克宏　 印

プロポーザル要請通知書

「平塚市国民健康保険特定保健指導支援業務委託」に係るプロポーザルの公募について、参加資格等に基づき審査した結果、貴社は企画提案書の提出者に選定されましたので、次のとおり企画提案書の提出を要請します。

記

１ 企画提案書の受領期限、場所及び方法

以　　上

事務担当　健康・こども部保険年金課資格給付担当

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名　西田、相原

【第１１号様式】

平保年第　　号

　令和　年（　　　　年）　　月　　日

商号又は名称

代表者　　様

平塚市長　落合　克宏　 印

提案書提出者の選定結果通知書

「平塚市国民健康保険特定保健指導支援業務委託」のプロポーザルの公募について、参加資格、選定基準等選考の結果、貴社は企画提案書の提出者に選定されませんでした。

なお、この通知の日から７日以内（閉庁日を除く。）に、文書により平塚市長に対して、選定されなかった理由について説明を求めることができます。

以　　上

　　　　　　　　　　　　　　　　　　事務担当　健康・こども部保険年金課資格給付担当

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名　西田、相原　【第１２号様式】

平保年第　　号

　令和　年（　　　　年）　　月　　日

商号又は名称

代表者　　様

平塚市長　落合　克宏　 印

特定通知書

「平塚市国民健康保険特定保健指導支援業務委託」のプロポーザルについて、審査の結果、貴社の企画提案書が最も適切なものとして特定されましたのでお知らせします。

これにより、貴社は当該委託契約の随意契約の相手方となるべき候補者となります。

つきましては、次の通り契約に向けて協議を進めますが、契約交渉が整わない場合は契約を締結しないことがありますのであらかじめ御承知おきください。

記

１ 契約件名　　平塚市国民健康保険特定保健指導支援業務委託

２ 履行期間　　令和６年６月１日から令和９年３月３１日まで

３ 契約の時期　令和６年６月

４ 協議の期限　契約日まで

以　　上

事務担当　健康・こども部保険年金課資格給付担当

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名　西田、相原　【第１３号様式】

平保年第　　号

　令和　年（　　　　年）　　月　　日

商号又は名称

代表者　　様

平塚市長　落合　克宏　 印

非特定通知書

「平塚市国民健康保険特定保健指導支援業務委託」のプロポーザルについて、審査の結果、残念ながら貴社の企画提案書は特定されませんでした。

なお、この通知の日から７日以内（閉庁日を除く。）に、書面により平塚市長に対して特定されなかった理由について説明を求めることができます。

以　　上

事務担当　健康・こども部保険年金課資格給付担当

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名　西田、相原