（様式1）

　　 年　　月　　日

（あて先）松戸市長

住所（所在地）

商号 又は 名称

代 表 者 氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　印

**参　加　表　明　書**

当社は、「平成31年度 松戸市特定保健指導（動機付け支援）業務委託」公募型プロポーザルについて、提案に係る資格要件を満たすことを確認したうえで、下記の統括担当者を選任し本提案への参加を表明します。

なお、本件に関連して受領した参考資料については、本プロポーザルのための資料としてのみ利用することを誓約します。

記

統括担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 所　属 |  |
| 氏　名 |  |
| 電話番号 |  |
| e-mailアドレス |  |

【添付書類】

・守秘義務に係る誓約書（様式2）

　 ・企業概要（様式3）

　 ・委託業務の実施体制（様式4）

　 　・事業実績（様式5）

　　 ・平成30年度に市町村国民健康保険の特定保健指導（動機付け支援）業務を受託した実績を確認できる書類（契約書の写しなど）1件

・下記必要書類

　　　 ① 登記簿謄本（履歴事項全部証明書）の原本

　　　 ② 印鑑登録証明書の原本

　　　 ③ 納税証明書（その３の３）の原本

　　　 ④ 一般社団法人日本情報経済社会推進協会のプライバシーマーク登録証

又はＩＳＭＳ登録書の写し

（様式2）

（あて先）松戸市長

**守秘義務に係る誓約書**

当社は、「平成31年度 松戸市特定保健指導（動機付け支援）業務委託」公募型プロポーザルに参加するにあたり、以下の事項を厳守することを誓約いたします。

記

１　当案件により知り得た情報に関して、松戸市の許可無く発表、公開、漏洩、利用しないこと。

２　当案件にて閲覧及び保管を許された資料一切の保管を厳重に行うことを約束し、松戸市より返還を要求された場合、これらの資料及びそのコピー、関連する資料の一切を返還すること。

３　当案件の終了後も、当案件により知り得た情報の発表、公開、漏洩もしくは規定の範囲を超えた利用をしないこと。

　　年　　月　　日

住所（所在地）

商号 又は 名称

代 表 者 氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　印

（様式3）

**企　業　概　要**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 商号又は名称 |  | |
| 設立年月 |  | |
| 本店所在地 |  | |
| 資本金 |  | |
| 代表者役職・氏名 |  | |
| 事業内容 |  | |
| 従業員総数 |  | |
| 国内営業拠点数 |  | |
| 松戸市近隣の  営業拠点 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者役職・氏名 |  |
| 従業員数 |  |
| 業務委託された  場合の営業拠点 | 名称 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者役職・氏名 |  |
| 従業員数 |  |

（様式4）

**委 託 業 務 の 実 施 体 制**

商号又は名称

**１　体制図**

（業務管理者）

部署名・役職・氏名

担当業務内容

（　　　　　　　　　　　）

部署名・役職・氏名

担当業務内容

（　　　　　　　　　　　）

部署名・役職・氏名

担当業務内容

（　　　　　　　　　　　）

部署名・役職・氏名

担当業務内容

（　　　　　　　　　　　）

部署名・役職・氏名

担当業務内容

（　　　　　　　　　　　）

部署名・役職・氏名

担当業務内容

（　　　　　　　　　　　）

部署名・役職・氏名

**２　担当予定者**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 部署名・役職 | 氏　名（年齢） | 担当業務内容 |
| 業務管理者 |  | （ ） |  |
| 現場責任者 |  | （ ） |  |
| 担当者 |  | （ ） |  |
| 担当者 |  | （ ） |  |
| 担当者 |  | （ ） |  |
| 担当者 |  | （ ） |  |

※本様式については、適宜加除修正して差し支えない。

（様式5）

**事　業　実　績**

商号又は名称

・　平成30年4月1日から平成31年3月31日の間に、千葉県内市町村国民健康保険から直接受託した特定保健指導（動機付け支援）業務について、平成31年3月31日現在の実績総数を記入してください。

・　実績値は実人数を記入してください。同一人に複数回勧奨、支援を行った場合も、1人とみなしてください。

**１　千葉県内での契約市町村名（別紙での提出可）**

**２　特定保健指導（動機付け支援）の実施人数**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 項目 | | 実績人数 |
| Ａ | 受託者が動機付け支援の実施を案内又は勧奨した人数 | 人 |
| Ａのうち、受託者が初回面接を実施した人数：① | 人 |
| Ｂ | Ａ以外で、受託者が初回面接を実施した人数：② | 人 |
| Ｃ | 受託者が初回面接を実施した人数　①＋②＝ア＋イ＋ウ | 人 |
| 【内訳】 | |
| 評価終了者人数：ア | 人 |
| （うち、初回面接から体重が3%以上減少した人数） | （　　　　人） |
| 支援中断者人数（国民健康保険資格喪失によるものを含む）：イ | 人 |
| 支援継続者人数：ウ | 人 |

利用券の送付

利用勧奨、動機付け支援

※上記Ａに該当する例

対象者情報の提供

利用申込

動機付け支援対象者

受託者

市町村

対象者へ直接利用券を送付

利用勧奨・動機付け支援

市町村

受託者

動機付け支援対象者

対象者情報の提供

利用申込

※上記Ｂに該当する例

対象者へ直接利用券を送付、利用勧奨を実施

動機付け支援

利用申込

市町村

受託者

動機付け支援対象者

対象者情報の提供

（様式6）

**質　問　票**

（あて先）

松戸市　福祉長寿部　国民健康保険課　健診班

電子メールアドレス　mchoken@city.matsudo.chiba.jp

１　送 付 日：　　　　年　　月　　日

２　事業者名：

３　電話番号：

４　担当者名：

５　e-mail　：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| № | 項目 | 質問内容 |
| １ |  |  |
| ２ |  |  |
| ３ |  |  |
| ４ |  |  |
| ５ |  |  |

※　項目欄には質問対象の書類名（実施要領、仕様書等）、ページ番号、項番等を記載してください。

※　質問内容は簡潔に記載してください。

※　項目が足りない場合、適宜追加してください。

**【質問票受付締切　平成31年5月8日（水）午後3時】**

（様式7）

年　　月　　日

（あて先）松戸市長

住所（所在地）

商号 又は 名称

代 表 者 氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　印

**辞　退　届　出　書**

当社は、先に参加表明書を提出した「平成31年度 松戸市特定保健指導（動機付け支援）業務委託」公募型プロポーザルへの参加を辞退します。

１　辞退理由

統括担当者

|  |  |
| --- | --- |
| 所　属 |  |
| 氏　名 |  |
| 電話番号 |  |
| e-mailアドレス |  |

（様式8）

　　 年　　月　　日

（あて先）松戸市長

住所（所在地）

商号 又は 名称

代 表 者 氏 名　　　　　　　　　　　　　　　　印

**平成31年度 松戸市特定保健指導（動機付け支援）業務委託**

**提 案 見 積 書**

提案見積価格　金　　　　　　　　　　　円

（消費税及び地方消費税相当額を含む）

内訳　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（単位：円）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 項目 | ６月から９月実施予定分 | | | １０月から３月実施予定分 | | |
| 単価 | 予定人数 | 計 | 単価 | 予定人数 | 計 |
| 利用勧奨 |  | 人 |  |  | 人 |  |
| 動機付け支援① |  | \*\*\* | \*\*\* |  | \*\*\* | \*\*\* |
| 初回面接  （①×80%の金額） |  | 人 |  |  | 人 |  |
| 終了評価  （①×20%の金額） |  | 人 |  |  | 人 |  |
| 税抜金額合計 | \*\*\* | \*\*\* |  | \*\*\* | \*\*\* |  |
| 消費税額 | 税率8％ | \*\*\* |  | 税率10% | \*\*\* |  |
| 税込合計金額 | \*\*\* | \*\*\* |  | \*\*\* | \*\*\* |  |

予定人数は、６月から９月実施予定分と１０月から３月実施予定分の合計が次のとおりとなるように予定数を見積もり、記載すること。

利用勧奨：2,300人、初回面接：450人、終了評価：450人

【この見積書は、企画提案書類の最後部に綴じ込んで提出すること】