**様式１**

令和　　年　　月　　日

プロポーザル参加申請書兼誓約書

神　戸　市　長　　あて

所在地（住所）

名称又は商号

代表者職氏名

令和7年度「生活保護受給者訪問型保健指導事業」のプロポーザルに参加したいので、申請します。なお、次に掲げる事項について、事実と相違ないことを誓約します。

記

1. 地方自治法施行令（昭和２２年政令第１６号）第１６７条の４の規定に該当しない者であること。
2. プロポーザル参加申請時において、神戸市指名停止基準要綱に基づく指名停止措置を受けていないこと。
3. 神戸市契約事務等からの暴力団等の排除に関する要綱に基づく除外措置を受けていないこと。
4. 資本関係や役員の兼務等がある関連会社等も含め、保険医療機関や保険薬局等において、報酬請求事務を行っていない者であること。
5. プライバシーマークの使用を許諾されていること。または個人情報保護に関する規定の整備及び体制があること。
6. 仕様書に基づき、信義に従い誠実に業務を履行できること。

【添付書類】

・委任状（代表者以外の者が申請する場合のみ）

・事業経歴書、業績報告書（直近事業年度までの経歴・沿革を記載）

・その他参考書類（パンフレット等）

　 ・プライバシーマーク登録証写し（許諾されている場合のみ）

【担当者連結先】

役職名

氏名

電話番号

ＦＡＸ番号

メールアドレス

**様式２**

令和　　年　　月　　日

企画提案書提出届

神　戸　市　長　　あて

所在地（住所）

名称又は商号

代表者職氏名

令和7年度「生活保護受給者訪問型保健指導事業」のプロポーザルについて、企画提案書を下記のとおり提出します。

記

提出書類

1. 企画提案書（様式３）
2. 業務実績調書（様式４）
3. 業務実施体制（様式５）
4. 見積書（様式６）
5. プレゼンテーション出席予定者名簿（様式７）

【担当者連結先】

役職名

氏名

電話番号

ＦＡＸ番号

メールアドレス

**様式３**

企画提案書

本業務にあたり，次の項目について具体的に記入してください。（別紙添付可）

|  |
| --- |
| １　貴社の本業務に対する取組方針  　　　医療扶助の現状や課題を的確に把握し，効率的・効果的に訪問型保健指導を実施していくための取組方針を記載してください。 |
|  |

**様式３**

企画提案書

本業務にあたり，次の項目について具体的に記入してください。（別紙添付可）

|  |
| --- |
| ２　効果的な訪問型保健指導の実施について  　　　訪問型保健指導の実施にあたり、被保護者の現状や特性を理解した上で、どのように取り組むのか記載してください。 |
|  |

**様式３**

企画提案書

本業務にあたり，次の項目について具体的に記入してください。（別紙添付可）

|  |
| --- |
| ３　保健指導の実務に関する研修について  訪問型保健指導の実務に関する研修について、どのような内容で研修を行うか記載してください。 |
|  |

**様式３**

企画提案書

本業務にあたり，次の項目について具体的に記入してください。（別紙添付可）

|  |
| --- |
| ４　独自提案について  その他、医療扶助適性化を図る観点から、仕様書記載の業務内容以外でより効果的な独自の事業計画があれば記載してください。  また、提案した内容について、必要な費用、効果分析などを記載してください。 |
|  |

**様式４**

業務実績調書

過去２年間（令和５年度～令和６年度）において，貴社が他自治体又は保険者等で保健指導にかかる業務を行った実績について，次の点に留意のうえ記入してください。

◆ 件数が著しく多い場合は，他生活保護実施機関，他自治体，契約金額が高い保険者の優先順位で概ね上位10位までを記入すること。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 発注者名 | 契約期間 | 内　容 |
|  | 年　月～　年　月 |  |
|  | 年　月～　年　月 |  |
|  | 年　月～　年　月 |  |
|  | 年　月～　年　月 |  |
|  | 年　月～　年　月 |  |
|  | 年　月～　年　月 |  |
|  | 年　月～　年　月 |  |
|  | 年　月～　年　月 |  |
|  | 年　月～　年　月 |  |
|  | 年　月～　年　月 |  |

※ 実績を差し支えのない範囲で記載してください。

※ 別紙添付可

**様式５**

業務実施体制

|  |
| --- |
| 業務を実施する際の実施体制を記入すること。（別紙添付可）  　作業主任候補者氏名と体制表  （担当者の人数，同業務にかかる経験年数，保有資格の有無・種類）  保健指導に携わる人材の教育・研修体制（研修体制については詳細の記載）  個人情報の管理方法およびセキュリティ対策 |
|  |

**様式６**

見積書

仕様書に基づき次の現目ごとに記入すること。

|  |
| --- |
| また，提案内容により新たな作業が発生し別途費用が必要な場合は，当該作業にかかる費用についても考慮のうえ記入すること。 |
| |  |  | | --- | --- | | 項　目 | 金　額 | | 生活保護受給者に対する訪問型保健指導 |  | | 訪問指導 |  | | 福祉事務所での面談指導 |  | | 電話支援 |  | | 評価面談 |  | | 個別実施結果報告書作成 |  | | 保健指導の実務に関する研修 |  | | 小　計 |  | | 消費税 |  | | 合　計 |  |   **※その他、必要項目について積算内容をできるだけ詳細に記載してください。**  **※面談や訪問のキャンセル規定がある場合は、詳細を記載してください。** |

**様式７**

令和　　年　　月　　日

プレゼンテーション出席予定者名簿

令和7年度「生活保護受給者訪問型保健指導事業」公募型プロポーザルに関するプレゼンテーションへの出席予定者は，下記のとおりです。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所属及び役職 | 氏　　　　名 | 備　　　　考 |
|  |  |  |
|  |  |  |

　　※出席予定者は２名まででお願いします。