

【様式1号】

「第10期神戸市介護保険事業計画・神戸市高齢者保健福祉計画の策定
に係る実態調査および計画策定支援業務」に係る
企画提案書の提出について

令和7年 月 日

神戸市 福祉局 介護保険課 御中

住 所 _____
企業・団体名 _____
代表者職氏名 _____

「第10期神戸市介護保険事業計画・神戸市高齢者保健福祉計画の策定に係る実
態調査および計画策定支援業務」に係る企画提案公募に参加するため、別紙のとおり
企画提案書を提出します。

なお、提出する書類の内容は、事実と相違ないことを誓約します。

【担当者連絡先】

担 当 者	所 属	福祉局介護保険課
	氏 名	中山、奥澤
電 話 番 号	078-322-6229	
メールアドレス	kobekaigohokenka2@city.kobe.lg.jp	

【様式2号】

「第10期神戸市介護保険事業計画・神戸市高齢者保健福祉計画の策定に係る実態調査および計画策定支援業務」委託事業者公募
参加表明書

令和7年 月 日

神戸市 福祉局 介護保険課 御中

企業・団体名 _____
住 所 _____
【担当者】
担当者所属 _____
担当者氏名 _____
E - M a i l _____
電 話 番 号 _____

令和7年 月 日付で募集のありました【第10期神戸市介護保険事業計画・神戸市高齢者保健福祉計画の策定に係る実態調査および計画策定支援業務】の参加表明書を提出します。

(参加表明書提出期限) 令和7年8月4日(月)17時必着

(提出先)メールアドレス: kobekaigohokenka2@city.kobe.lg.jp

【様式3号】

「第10期神戸市介護保険事業計画・神戸市高齢者保健福祉計画の策定に係る実態調査および計画策定支援業務」委託事業者公募に関する質問書

企業・団体名	
代表者職氏名	
担当者職氏名	
メールアドレス	
電話番号	
FAX番号	

質問内容

※ 令和7年8月12日(火)17時までに提出のこと。期限を過ぎたものは一切受け付けません。

※ 質問項目が多い場合は、本様式を適宜複写して利用すること。