**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8-10年度神戸市国民健康保険と福祉医療費助成制度の診療報酬明細書点検等業務」

および「神戸市国民健康保険における医療費適正化専門員の派遣業務」

公募型プロポーザルに参加したいので、申請致します。

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）地方自治法施行令第167条の４の規定に該当しないものであること。

（２）経営状態が窮境にある者（会社更生法（平成14年法律第154号）の規定に基づく更生手続開始の決定がされている者、民事再生法（平成11年法律第225号）の規定に基づく再生計画認可の決定されているものを除く。）でないこと。

（３）参加申請関係書類の提出期間の最終日から契約候補者選定までの間に、神戸市指名停止基準要綱に基づく指名停止を受けていないこと。

（４）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。

（５）プライバシーマークの使用を許諾されていること。

（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】

* + 法人登記簿謄本　　　　□代表者印鑑登録証明書　　　□納税証明書
  + 委任状（代表者以外の者が申請する場合のみ）
  + プライバシーマーク登録証写し
  + 共同企業体での参加を希望する者は、共同企業体結成届出書

※法人登記簿謄本、納税証明書は、神戸市入札参加資格の登録をしている場合は不要

【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