【様式第１号】

企画提案参加資格確認申請書

令和　　年　　月　　日

山梨県知事　　長崎　幸太郎　殿

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　印

次の提案に参加する資格について、確認されたく関係書類を添えて申請します。

なお、添付書類の記載内容については、真実と相違ないことを誓約します。

１　対象業務名

　　　令和６年度難病更新・認定及び公費負担医療費助成事務人材派遣業務

２　添付書類

　　（１）誓約書（様式第２号）

　　（２）法人の概要が分かる資料（定款、寄附行為、パンフレット等）

　　（３）業務実績証明書（様式第３号）

　　（４）登記事項証明書（履歴事項全部証明書または現在事項全部証明書）

（５）印鑑証明書

　　（６）法人税、法人都道府県民税、法人事業税、消費税又は地方消費税に関する納税証明書

【様式第２号】

誓　　　　約　　　　書

私は、下記の事項について誓約します。

なお、県が必要な場合には、山梨県警察本部に照会することについて承諾します。

また、照会で確認された情報は、今後、私が県と行う他の契約等における身分確認に利用することに同意します。

記

１　自己又は自社の役員等が、次のいずれにも該当する者ではありません。

（１）暴力団 （暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成３年法律第７７号）第２条第２号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）

（２）暴力団員（同法第２条第６号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）

（３）自己、自社若しくは第三者の不正の利益を図る目的又は第三者に損害を加える目的をもって、暴力団又は暴力団員を利用している者

（４）暴力団又は暴力団員に対して資金等を供給し、又は便宜を供与するなど、直接的若しくは積極的に暴力団の維持・運営に協力し、又は関与している者

（５）暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している者

（６）下請契約又は資材、原材料の購入契約その他の契約に当たり、その相手方が上記（１）から（５）までのいずれかに該当することを知りながら、当該者と契約を締結している者

２　１の（２）から（６）に掲げる者が、その経営に実質的に関与している法人その他の団体又は個人ではありません。

令和　　年　　月　　日

山梨県知事　　長　崎　幸太郎　　殿

〔 法人、団体にあっては事務所所在地 〕

住　　所

〔 法人、団体にあっては法人・団体名、代表者名 〕

（ふりがな）

氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　 　㊞

生年月日　（明治・大正・昭和・平成）　　年　　月　　日

【様式第３号】

令和　　年　　月　　日

山梨県知事　長 崎　幸太郎　　殿

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名　　　　　　　　　　　印

業務実績証明書

令和６年度難病更新・認定及び公費負担医療費助成事務人材派遣業務の企画提案に当たり、下記のとおり業務実績があることを証明します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ＮＯ | 業務名称 | 業務内容 | 発注者　　　（受託した場合） | 左の業務期間 | 備考 |
| １ |  |  |  | 年　月　日～年　月　日 |  |
| ２ |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |
| ６ |  |  |  |  |  |
| ７ |  |  |  |  |  |

　※ 活動の具体的内容が分かる資料がある場合は、添付すること。

【様式第４号】

企画提案に関する質問票

（令和６年度難病更新・認定及び公費負担医療費助成事務人材派遣業務）

宛　先：山梨県福祉保健部健康増進課　難病担当　宛て

メールアドレス：kenko-zsn@pref.yamanashi.lg.jp

ＦＡＸ：０５５－２２３－１４９９

質問者　　法人の名称

　　　　　担当者氏名

　　　　　電話番号

　　　　　メールアドレス

　　　　　ＦＡＸ番号

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受付通番 |  | 受付年月日 | 令和　年　　月　　日 |
| 【質問内容（簡潔に）】 |
|

※質問の先頭には、説明書のページ及び項番等を明示してください。

※質問は、本様式１枚につき１問とし、簡潔にまとめて記載してください。

※質問の受付期限は令和６年４月５日（金）午後４時までとします。

※メール送信の上、本件入札担当へ電話し、到着を確認してください。

【様式第５号】

「令和６年度難病更新・認定及び公費負担医療費助成事務人材派遣業務」企画提案書

令和　　年 　月 　日

山梨県知事　殿

住所

郵便番号

事業者名

代表者職・氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

電話番号

ファクシミリ

担当者氏名

担当者連絡先電話番号

担当者連絡先ﾒｰﾙｱﾄﾞﾚｽ

「令和６年度難病更新・認定及び公費負担医療費助成事務人材派遣業務」について、次のとおり関係書類を添えて応募します。

【様式第６号】

事業者の概要に関する調書

|  |  |
| --- | --- |
| 事業者名 |  |
| 住所 | 〒 |
| 電話 |  |
| ファクシミリ |  |
| 代表者の職・氏名 |  |
| 連絡責任者の職・氏名 |  |
| 設立年月日 |  |
| 設立の経緯 |  |
| 設立の目的・主な事業 |  |
| 会員数 |  |
| 従業員数（常勤・非常勤等） |  |
| 財政規模 | ＜今期予算＞（令和　 年 　月～令和　 年　 月） 　　　　　　　　　千円＜前期決算＞（令和 　年　 月～令和　 年 　月） 収入 　　　　　　　　千円（内訳）支出 　　　　　　　　千円（内訳） |

【様式第７号】

「令和６年度難病更新・認定及び公費負担医療費助成事務人材派遣業務」

業務実施体制に関する調書

|  |
| --- |
| **＜業務実施体制の確認＞** 本業務全体の実施体制について、業務期間中に派遣できる人員数等についてどのような体制を整えているか記入してください。 |
|  |

【様式第８号】

「令和６年度難病更新・認定及び公費負担医療費助成事務人材派遣業務」

事業実績に関する調書

|  |
| --- |
| **＜同種関連事業の事業実績＞** 国又は地方公共団体における公費負担医療事務又は、人材派遣業務に関する受注実績を記入してください。（受注歴の近いものから３件記載してください。） |
| 〈受注実績①〉業務名：委託者：契約金額：　　　　　　　　千円（税込）受託期間：　年　月　日　～　年　月　日人材派遣人数：　　　人派遣人材が行った具体的業務内容：〈受注実績②〉業務名：委託者：契約金額：　　　　　　　　千円（税込）受託期間：　年　月　日　～　年　月　日人材派遣人数：　　　人派遣人材が行った具体的業務内容：〈受注実績③〉業務名：委託者：契約金額：　　　　　　　　千円（税込）受託期間：　年　月　日　～　年　月　日人材派遣人数：　　　人派遣人材が行った具体的業務内容： |

【様式第９号】

「令和６年度難病更新・認定及び公費負担医療費助成事務人材派遣業務」

事業受託に関する調書

|  |
| --- |
| **＜受託にあたっての利点や特徴＞** 派遣人材が責任や自覚、やる気を持って業務を実施するための取り組みや、本県への提案等があれば自由に記入してください。 |
|  |

【様式第１０号】

「令和６年度難病更新・認定及び公費負担医療費助成事務人材派遣業務」

事業計画案

|  |
| --- |
| **＜業務の趣旨や目的への理解＞** 難病更新等の書類処理業務を人材派遣により効率的に事務を執行することで、保健所職員等が患者支援に振り向ける時間を確保し、難病等患者や家族が地域等で安心して療養生活を送ることを業務目的としているが、目的達成のため貢献できる内容等を記入してください。 |
|  |
| **＜事業企画提案＞** 【業務管理・人材派遣体制】人材派遣が必要となる期間に、適切な人材を確実に派遣することができる業務管理体制や人材派遣体制について、記入してください。 |
|  |
| **＜事業企画提案＞** 【派遣人材の知識やスキル】本業務の実施に当たり、どのような知識やスキルを持った人材を派遣することができるのか、現場での経験等も含め具体的に記入してください。 |
|  |
| **＜事業企画提案＞** 【研修やサポート等の体制】本業務に関して、派遣人材に対する研修や派遣中のサポート体制について、記入してください。 |
|  |
| **＜事業企画提案＞** 【個人情報の保護】個人情報の取り扱いに関する考え方や個人情報を保護するための手段、個人情報の流出や不適切な事務処理を防止するための取り組み内容について記入してください。 |
|  |