（様式１）

**プロポーザル参加申込書**

（あて先）十　和　田　市　長

所在地　：

事業者名：

代表者名：　　　　　　　　　　　　　　印

国民健康保険市町村事務処理標準システム構築業務委託に係る公募型プロポーザルについて、様式２を添えて申し込みます。

また、この参加申込書及び添付書類のすべての記載事項は事実に相違ないことを誓約します。

記

１．参加要件の確認事項

|  |  |
| --- | --- |
| 参加資格 | 該当に〇 |
| (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こと。 |  |
| (2) 参加申込書の提出締切日において、十和田市における当該業務に係る競争入札参加資格を有し、かつ指名停止措置を受けていないこと。 |  |
| (3) 会社更生法（平成14年法律第154号）に基づき更生手続開始の申立てがなされている者又は民事再生法（平成11年法律第225号）に基づき再生手続開始の申立てがなされている者でないこと。 |  |
| (4) 十和田市暴力団排除条例（平成23年12月14日条例第39号）に違反しない者。 |  |
| (5) 過去10年間（平成24年度～令和３年度）において、国・地方公共団体の発注による本業務の内容と同種の業務を、元請として受注した実績を有する者であること。 |  |
| (6) 本業務内で取り扱う利用者情報等の個人情報の保護及びデータ管理の観点から、以下の認証のいずれかを取得していること。　ア　情報セキュリティマネジメントシステム　イ　プライバシーマーク |  |

注１：申込期間は令和４年１月24日(月)９時00分から令和４年１月28日(金)17時00分までです。

注２：この様式を添付ファイルとして、以下メールアドレスあてに送信してください。

　　　押印した書類も一部郵送してください。

注３：参加要件(6)については、認証番号が記載された資料を添付してください。（会社概要に記載されている場合は必要なし。）

注４：本プロポーザルの参加承認の可否連絡は、令和４年２月３日(木)17時00分までに電子メールで行います。

注５：担当部局の承認を受けない限り、本プロポーザルには参加できません。

|  |
| --- |
| ○送信先メールアドレス： kokuho@city.towada.lg.jp　　 （担当部局　十和田市民生部国民健康保険課）○メールの標題　「プロポーザル参加申込（事業者名）」 |

（様式２）

**業 務 実 績 書**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

【本業務の内容と同種の業務の実績】

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 業務名 | 発注者 | 実施時期 | 契約金額 | 業務の概要 |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

※必要に応じて行を追加してください。

※様式１と併せて以下メールアドレスあてに送信してください。

|  |
| --- |
| ○送信先メールアドレス： kokuho@city.towada.lg.jp　　 （担当部局　十和田市民生部国民健康保険課） |

（様式３）

**プロポーザル届出書**

　　年　　月　　日

（あて先）　十　和　田　市　長

（提案者）住所

　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　代表者（役職・氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　印

　国民健康保険市町村事務処理標準システム構築業務委託に係る公募型プロポーザル実施要領に基づき、次のとおり企画書等の関係書類を提出します。

【提出書類】

１．プロポーザル届出書（本様式３）

２．「国民健康保険市町村事務処理標準システム構築業務委託」企画提案書（任意様式）

（社名及び会社が特定できるようなロゴマークは除く）

３．国民健康保険市町村事務処理標準システム構築業務委託見積書（様式６）

４．その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

（様式４）

**プロポーザル参加辞退届**

年　　月　　日

（あて先）　十　和　田　市　長

（提案者）住所

　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　代表者（役職・氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　印

　国民健康保険市町村事務処理標準システム構築業務委託に係る公募型プロポーザルの参加を辞退します。

【辞退理由】

（様式５）

**質　　問　　票**

　　年　　月　　日

（あて先）　十　和　田　市　長

（提案者）住所

　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　代表者（役職・氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　印

国民健康保険市町村事務処理標準システム構築業務委託について、次の事項を質問します。

|  |
| --- |
|  質 問 の 内 容 |
|  |
|  担 当 者 名 |  |

注１：質問受付期間は、令和４年１月11日(火)９時00分から令和４年１月17日(月)17時00分

までです。

注２：この様式を添付ファイルとして、下記メールアドレスあてに送信してください。

注３：質問に対する回答は、令和４年１月21日(金)17時00分までに、十和田市ホームページにて回答します。

|  |
| --- |
| ○送信先メールアドレス： kokuho@city.towada.lg.jp　　 （担当部局　十和田市民生部国民健康保険課）○メールの標題　「プロポーザルに関する質問（事業者名）」 |