令和5年度奈良県医療費増加要因分析業務

# 様式一覧

|  |  |
| --- | --- |
| ◆参加申請関係書類 | |
| 様式1 | 参加申込書 |
| 様式2 | 事業者概要書 |
| 様式3 | 同種業務実績 |
| 様式4 | 共同事業体構成員届出書 |
| 様式5 | 共同事業体権限委任状 |

|  |  |
| --- | --- |
| ◆企画提案関係書類 | |
| 様式6 | 企画提案書（鑑） |
| 様式7 | 令和5年度奈良県医療費増加要因分析業務に関する提案（以下3件）  （7-1）医療費及び医療費増加因子の整理手法の提案  （7-2）医療費と医療費増加因子の関係性の分析手法の提案  （7-3）分析結果の考察や評価手法の提案  （7-4）その他（分析結果報告書の作成、報告会の開催等）の提案 |
| 様式8 | 業務実施体制（以下2件）  （8-1）配置予定者一覧  （8-2）業務分担及び業務実施体制 |
| 様式9 | 情報管理体制（個人情報等） |
| 様式10 | 業務のスケジュール |

|  |  |
| --- | --- |
| ◆その他 | |
| 様式11 | 質問票 |
| 様式12 | 辞退届 |

# 様式1

参加申込書

令和　　年　　月　　日

奈良県知事　殿

所在地

事業者名

代表者

令和5年度奈良県医療費増加要因分析業務委託に係る公募型プロポーザルについて、本件説明書に基づき、参加申込書を提出します。

なお、同説明書に記載ある「4　参加資格」の要件をすべて満たしていることを誓約します。

後日誓約した内容に違反する事実が判明した場合、もしくは応募受付後、審査・選定までの間に誓約した内容に違反した場合は、無効または失格とされても異議を申し立てません。

連絡先（上記と異なる場合のみ記入してください）

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 担当者（所属・氏名） |  |
| TEL |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |

# 様式2

事業者概要書

令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 名称および商号 |  | | |
| 代表者名 |  | | |
| 所在地  （本社等） |  | | |
| 本業務の担当部署 | （所在地）  （担当部署）  （担当者名） | | |
| 設立年月日 |  | | |
| 資本金 |  | | |
| 売上高 | 事業全体： | | （令和　　年度） |
| 常勤従業員数 | 名 | （専門職等の内訳） | |
| 事業概要 |  | | |
| その他特記事項 | ※共同事業者は、本業務にかかる役割分担を記載すること。 | | |

# 様式3

同種業務実績

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 契約名称 |  | 契約相手方 |  |
| 契約期間 |  | 契約金額 |  |
| 業務内容 |  | | |
| 2 | 契約名称 |  | 契約相手方 |  |
| 契約期間 |  | 契約金額 |  |
| 業務内容 |  | | |
| 3 | 契約名称 |  | 契約相手方 |  |
| 契約期間 |  | 契約金額 |  |
| 業務内容 |  | | |
| 4 | 契約名称 |  | 契約相手方 |  |
| 契約期間 |  | 契約金額 |  |
| 業務内容 |  | | |

※公告日から過去5年以内の実績について記入すること。

※少なくとも一件は、国又は地方公共団体（国又は地方公共団体が設立する独立行政法人も含む。）から受注した実績について記入すること。

※実績を証明できる書類（契約書等）の写しを添付すること。

※応募者の名称及びそれが推測されるような記載はしないこと。

※記載欄が足りない場合は、本様式を複写して使用し、左上部の様式番号に枝番号を付すこと。

# 様式4

共同事業体構成員届出書

共同事業体名：

|  |  |
| --- | --- |
| 代表構成員 | 奈良県知事　殿  「令和5年度奈良県医療費増加要因分析業務委託」に係る応募について、下記の者と共同事業体を構成し、共同事業体として参加します。なお、参加にあたっては、代表構成員として各構成員を取りまとめ、奈良県に対する企画の提案、契約に係る一切の責任を負うものとします。  所在地  事業者名  代表者職氏名 |
| 構成員１ | 奈良県知事　殿  「令和5年度奈良県医療費増加要因分析業務委託」に係る応募について、本届出書記載のとおり共同事業体として参加します。なお、参加にあたっては、代表構成員と連帯して責任を負うものとします。  所在地  事業者名  代表者職氏名 |
| 構成員２ | 奈良県知事　殿  「令和5年度奈良県医療費増加要因分析業務委託」に係る応募について、本届出書記載のとおり共同事業体として参加します。なお、参加にあたっては、代表構成員と連帯して責任を負うものとします。  所在地  事業者名  代表者職氏名 |

# 様式5

共同事業体権限委任状

令和　　年　　月　　日

奈良県知事　殿

共同事業体名

代表構成員 所在地

事業者名

代表者職氏名 印

構成員 所在地

事業者名

代表者職氏名 印

構成員 所在地

事業者名

代表者職氏名 印

私は、「令和5年度奈良県医療費増加要因分析業務委託」に係る契約に関し、以下「共同事業体の代表者」を代理人と定め、当共同事業体が存続する間、次の権限を委任いたします。

受任者

所在地

共同事業体の代表者 共同事業体名

代表者職氏名

権限を委任する事項

1. 見積、企画の提案、契約の締結に関すること

2. 保証金又は保証物の納付並びに還付請求及び領収について

3. 委託代金の請求及び受領について

受任者印

# 様式6

令和5年度奈良県医療費増加要因分析業務委託

企画提案書

令和　　年　　月　　日

奈良県知事　殿

所在地

事業者名

代表者

令和5年度奈良県医療費増加要因分析業務委託について、公募型プロポーザル説明書に基づき、企画提案書及び附属書類を提出します。

連絡先（上記と異なる場合のみ記入してください）

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 担当者（所属・氏名） |  |
| TEL |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |

# 様式7-1

令和5年度奈良県医療費増加要因分析業務に関する提案①

医療費及び医療費増加因子の整理手法の提案

|  |
| --- |
|  |

※枚数に応じて、左上部の様式番号にさらなる枝番号を付すこと。

# 様式7-2

令和5年度奈良県医療費増加要因分析業務に関する提案②

医療費と医療費増加因子の関係性の分析手法の提案

|  |
| --- |
|  |

※枚数に応じて、左上部の様式番号にさらなる枝番号を付すこと。

# 様式7-3

令和5年度奈良県医療費増加要因分析業務に関する提案③

分析結果の考察や評価手法の提案

|  |
| --- |
|  |

※枚数に応じて、左上部の様式番号にさらなる枝番号を付すこと。

# 様式7-4

令和5年度奈良県医療費増加要因分析業務に関する提案④

その他（分析結果報告書の作成、報告会の開催等）の提案

|  |
| --- |
|  |

※枚数に応じて、左上部の様式番号にさらなる枝番号を付すこと。

# 様式8-1

配置予定者一覧

1　総括責任者（予定）

本業務の最高責任者となる者。最終決定を行う者。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属・役職 |  | 担当  分野 |  |
| 氏名（ふりがな） |  |
| 経歴・資格等 |  | | |
| 主な業務実績 |  | | |

2　業務責任者（予定）

本業務の責任者。業務の遂行に必要な指揮・監督を行い、進捗を管理し、県との連絡窓口になる者。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属・役職 |  | 担当  分野 |  |
| 氏名（ふりがな） |  |
| 経歴・資格等 |  | | |
| 主な業務実績 |  | | |

3　分析方針策定者（予定）

公募型プロポーザル説明書4（8）に掲げる知識を有し、分析方針の策定を担当する者。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属・役職 |  | 担当  分野 |  |
| 氏名（ふりがな） |  |
| 経歴・資格等 |  | | |
| 主な業務実績 |  | | |

4　業務担当者（予定）

総括責任者・業務責任者以外で、各分野における担当者や県との打合せに参加しうる者等、一定程度主要な役割を担う者をいい、全員の記載を要しない。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ① | 所属・役職 |  | 担当  分野 |  |
| 氏名（ふりがな） |  |
| 経歴・資格等 |  | | |
| 主な業務実績 |  | | |
| ② | 所属・役職 |  | 担当  分野 |  |
| 氏名（ふりがな） |  |
| 経歴・資格等 |  | | |
| 主な業務実績 |  | | |

※記入欄が不足する場合は、本様式を複写して使用し、左上部の様式番号にさらなる枝番号を付すこと。

※「所属・役職」欄に応募者名（会社名、団体名、大学名等）は記載しないこと。

# 様式8-2

業務分担及び業務実施体制

|  |
| --- |
|  |

※共同事業体における構成員間の役割分担は、共同事業体構成員届出書（様式4）の「代表構成員」「構成員1」「構成員2」との表記で示し、構成員の名称（会社名等）は記載しないこと。

※枚数に応じて、左上部の様式番号に枝番号を付すこと。

# 様式9

情報管理体制（個人情報等）

|  |
| --- |
|  |

※枚数に応じて、左上部の様式番号に枝番号を付すこと。

# 様式10

業務のスケジュール

|  |
| --- |
|  |

※枚数に応じて、左上部の様式番号に枝番号を付すこと。

# 様式11

令和5年度奈良県医療費増加要因分析業務委託　公募型プロポーザル

質問票

令和　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 事業者名 |  |
| 代表者氏名 |  |
| 担当者（所属・氏名） |  |
| TEL |  |
| FAX |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 説明書、仕様書の  該当箇所（ページ番号等） | 質問事項 |
|  |  |

※箇条書きで、簡潔に記載すること。

※記入欄が不足する場合は本様式に準じて追加作成してください。

# 様式12

令和5年度奈良県医療費増加要因分析業務委託　公募型プロポーザル

辞退届

令和　　年　　月　　日

所在地

事業者名

代表者

当社は、「令和5年度奈良県医療費増加要因分析業務委託」公募型プロポーザルへの参加申込書等を提出しましたが、下記の理由により参加を辞退いたします。

辞退理由

|  |
| --- |
|  |

連絡先（上記と異なる場合のみ記入してください）

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地 |  |
| 担当者（所属・氏名） |  |
| TEL |  |
| FAX |  |
| E-mail |  |