

岡山市介護機器貸与モデル事業委託 (単価契約) 企画提案様式集

目次

- 様式第 1 号: 企画競争参加申請書
- 様式第 2 号: 提案者の概要
- 様式第 3 号: 業務責任者等届
- 様式第 4 号: 下請業者の概要
- 様式第 5 号: 提案価格書及び内訳書
- 様式第 6 号: 提案機器の概要
- 様式第 7 号: 企画提案説明書
- 様式第 8 号: 質問書

平成 年 月 日

岡山市長 大 森 雅 夫 様

(住所)

(社名)

(代表者の役職・氏名)

㊞

企 画 競 争 参 加 申 請 書

業務名:岡山市介護機器貸与モデル事業委託(単価契約)

当社は、岡山市が実施する「岡山市介護機器貸与モデル事業委託(単価契約)」に伴う企画競争に参加申請します。

なお、当該業務に係る契約を締結する能力を有しない者又は破産者で復権を得ない者でないこと並びにこの申請書及び添付書類の内容は事実と相違ないことを誓約します。

■連絡先

担当部署	
担当者氏名	
電話/FAX	/
E-mail	

■ 会社概要

本社所在地	〒		
社名			
本件の担当事業所			
本件の担当事業所所在地	〒		
設立年月	年 月	資本金	円
従業員数(人)	人		
売上高(最新年度)	年度	円	
業務内容/業務実績			
ホームページアドレス			

様式第 3 号: 業務責任者等届

業 務 責 任 者	社名	所属・役職名
氏名	資格	資格取得年月日
本業務で担当する業務内容		
担 当 者	社名	所属・役職名
氏名	資格	資格取得年月日
本業務で担当する業務内容		
担 当 者	社名	所属・役職名
氏名	資格	資格取得年月日
本業務で担当する業務内容		

- ・ 業務責任者は、提案者が直接雇用している者であること。
- ・ 資格欄には、本業務に資する分野とみなされる資格を有する場合に記入すること。

■ 下請業者

社名			
所在地			
電話番号		FAX 番号	
主な実績			
協力を受ける内容			

- ・ 提案する実施体制に下請業者がある場合に、当該業者毎に記載すること。
- ・ 下請業者が複数ある場合は、一覧表等による任意様式により提出して構わない。ただし、任意様式中には、上記の表の項目を全て含むこと。また、本様式には、別添「下請業者一覧表」のとおりと記述し提出すること。
- ・ 下請業者が、事業の全て又は大部分を行うことはできない。

提案価格書

平成 年 月 日

岡山市長 大森 雅夫 様

(住所)
 (社名)
 (代表者の役職・氏名) ㊟

「岡山市介護機器貸与モデル事業委託(単価契約)」に伴う企画競争に係る価格を次のとおり提案します。

(1)提案単価	円/台・月	① (A+B)
内訳	レンタル単価	円/台・月 A
	その他調査等単価	円/台・月 B
(2)予定数量 貸出し延台数	台	②
(3)予定総委託料	円	③(①×②)
(4)消費税及び 地方消費税	円	④(③×8%) (1円未満切捨)
(5)予定総金額	円	③+④

(6)利用者負担	円/台・月	介護保険給付を想定した 場合の利用者負担額
----------	-------	--------------------------

(注)

- ・金額は算用数字で記入し、頭書に¥記号を記入すること。
- ・レンタル単価とは、新用具が介護保険給付の対象品となったと想定した際の単価を指す。
- ・その他調査費単価とは、仕様書(案)(4)業務運営の基本的事項(ア)～(ク)に係る費用を予定数量で割り戻して記載すること。
- ・利用者負担については、新用具が介護保険給付の対象品となったと想定した際の自己負担額を記載すること。金額は、上記 A の 1 割に消費税を加えた額を想定しているが、別途、当市の条例等において定める予定である。

様式第 5 号: 提案価格書及び内訳書

提案価格書内訳書

(1)提案単価		円/台・月	① (A+B)
内 訳	レンタル単 価		A
	レンタル単 価の積算		
	その他調査 等単価	円/台・月	B
	その他調査 等単価の積 算		
(2)予定数量 貸出し延台数		台	②
(3)予定総委託料		円	③(①×②)
(4)消費税及び 地方消費税		円	④(③×8%) (1円未満切捨)
(5)予定総金額		円	③+④
(6)利用者負担		円/台・月	
(7)貸出し延台 数の積算方法・ 考え方			

1 新用具の概要

チェックボックス□には該当するものへチェック✓を記入すること。

(1)商品名			
(2)新用具と提案者の関係	新用具の製造物責任法上の		製造業者等が指定した者に該当 □
	製造、加工業者に該当 □	輸入業者に該当 □	
(3)製造元等(国名)	((2)が製造・加工業者に該当しない場合記載すること)		
(4)TAIS 又は JAN コード			
(5)メーカー品番等			
(6)新用具の内容説明 (効果・能力等)			
(7)提案する新用具の新たな種目名			
(8)介護保険給付の貸与対象である13種目のうち、定義が近いものがある場合、その違いの説明			
(9)想定する利用者の状態像や利用の場面			
(10)販売・貸与開始時期	販売・貸与開始日	平成	年 月
	経過年数		年
(11)H26 実績 (単年)	販売実績		台
	貸与実績		台
(12)耐用年数			台

※参考資料(新用具のカタログ、パンフレット等)任意提出。該当頁のカラーコピーによる提出可。

(13) 国が定める介護保険制度における福祉用具の範囲の7つの要件チェックシート

番号	内容	該当 ✓ 欄	該当する理由 (任意記載)
1	要介護者等の自立の促進又は介護者の負担の軽減を図るもの	<input type="checkbox"/>	
2	要介護者等でない者も使用する一般の生活用品でなく、介護のために新たな価値付けを有するもの (例えば、平ベッド等は対象外)	<input type="checkbox"/>	
3	治療用等医療の観点から使用するものではなく、日常生活の場面で使用するもの (例えば、吸入器、吸引器等は対象外)	<input type="checkbox"/>	
4	在宅で使用するもの (例えば、特殊浴槽等は対象外)	<input type="checkbox"/>	
5	起居や移動等の基本動作の支援を目的とするものであり、身体の一部の欠損又は低下した特定の機能を補完することを主たる目的とするものではないもの (例えば、義手義足、眼鏡等は対象外)	<input type="checkbox"/>	
6	ある程度の経済的負担があり、給付対象となることにより利用促進が図られるもの (一般的に低い価格のものは対象外)	<input type="checkbox"/>	
7	取り付けに住宅改修工事を伴わず、賃貸住宅の居住者でも一般的に利用に支障のないもの (例えば、天井取り付け型天井走行リフトは対象外)	<input type="checkbox"/>	

<記載事項等>

- ・ **別添審査基準や仕様書等を踏まえ提案してください。**
- ・ **用紙サイズはA4縦とし、5枚程度(片面印刷、カラー可)とします。**
- ・ **書式、フォントは自由ですが、文字サイズは10.5ポイント以上としてください。**
- ・ **提案内容が、審査基準のどの事項の説明なのかわかるように、該当する提案内容の箇所に新規基準の事項名を記載しておいてください。**

質 問 書

質問提出日:平成 年 月 日

社名			
担当者		連絡先	

通し 番号	質問項目	質問内容
1		
2		
3		
4		
5		
6		

質問受付期限:平成 27 年 11 月 20 日(金) 午後 5 時まで(必着。送信後、確認電話の連絡が必要)
電子メールで提出すること。 iryous@city.okayama.jp