【様式１】

令和４年　月　　日

岐阜県電子自治体推進市町村・県連絡協議会長　様

業務システムの標準化・共通化対応支援業務委託

企画提案書

法人等・共同体名称：

所在地：

代表者職氏名：

印

* 適宜行間を調整して作成してください。
* 日本工業規格Ａ４縦型（一部Ａ３版資料折込使用可）とします。
* 使用する言語は日本語、文字サイズは１０ポイント以上、通貨は日本円、単位は日本の標準時及び計量法によるものとします。
* 両面で30ページ以内とします。

**１　事業の概要**

1. 事業名

業務システムの標準化・共通化対応支援業務委託

　（２）事業実施期間

契約締結日　～　令和５年３月３１日

　（３）見積価格

　　　　　　　　　円（消費税及び地方消費税含む）

※必須記載項目は以下のとおり

１　本業務に対する考え方・実施方針、実施方法・手法、提案のセールスポイント

２　実施スケジュール

※表等で分かり易く記載してください。

３　実施体制

（１）業務担当者

○○担当者（※体制等に沿って適宜変更すること）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 氏名（ふりがな） | （　　　　　　　　　　） |
| 所属／役職 | ／ |
| 担当する分担業務の内容 |  |
| 保有する資格・知識・業務実績等 |  |

注１　資格を証明できる書類を添付してください。

※配置する担当者が複数の場合は、適宜表を増やしてください。

（２）実施体制図

４　類似業務実績

　　　※本業務と類似業務の実績について、以下に記載してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| １ | 業務名 |  |
| 発注機関／履行期間 | ／ |
| 業務内容 | ※今回の業務と関連する部分を中心に具体的に記入して下さい。 |

※平成３０年度以後完了したもので、最大５件までとします。

**５　経営基盤**

　　①　個別の経営成績及び財務状態

　　※直近3事業年度の経営成績及び財政状態について、以下の表に記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 直近（　　年　月期） | （　　年　月期） | （　　年　月期） |
| 売上高 |  |  |  |
| 営業利益 |  |  |  |
| 経常利益 |  |  |  |
| 当期純利益 |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 資産合計 |  |  |  |
| 負債合計 |  |  |  |
| 純資産合計 |  |  |  |

②　連結の経営成績及び財務状態

　　※直近3事業年度の経営成績及び財政状態について、以下の表に記載してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 直近（　　年　月期） | （　　年　月期） | （　　年　月期） |
| 売上高 |  |  |  |
| 営業利益 |  |  |  |
| 経常利益 |  |  |  |
| 当期純利益 |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 資産合計 |  |  |  |
| 負債合計 |  |  |  |
| 純資産合計 |  |  |  |

※親会社がある場合は、親会社についても同様に記載してください。なお、親会社が証券取引法の適用会社においては、親会社の個別及び連結の経営成績及び財務状態を、不適用会社においては、個別又は連結のいずれかの経営成績及び財務状態を（可能な場合はどちらも）記載してください。

※共同体として応募する場合、構成員毎に記載してください。

**６　社会的課題への取組**

下表の「評価の要件」を確認し、該当するものにチェックを入れてください。

（「障がい者雇用」については、（１）（２）のいずれか該当する方にチェック願います。）

各項目の左側（達成等）をチェックした場合は、それを証明する「添付書類」を添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 項目 | 評価の要件 |
| 仕事と家庭の両立支援（1点） | ◆ 厚生労働省「くるみん認定」を受けているか。　　　□　認定を受けている　　□ 認定を受けていない　（添付書類）　　・認定通知書の写し |
| 障がい者雇用（1点） | （１）障害者雇用促進法に規定する障害者雇用状況の報告義務を有する事業者（従業員43.5人以上）* 令和３年６月１日現在の障がい者の法定雇用率（2.3％）
* 達成　　□ 未達成

　（添付書類）　　・令和３年６月１日現在で、主たる事業所の所在地を管轄する公共職業安定所に提出した「障害者雇用状況報告書」の写し（２）障害者雇用状況の報告義務が無い事業者（従業員43.5人未満）　　 ※（１）以外の事業者* 現時点での障がい者の雇用状況
* １人以上採用している　　□ 採用していない

　（添付書類）　　・障がい者を雇用していることを証明する書類・身体障害者手帳、療育手帳又は精神障害者保険福祉手帳の写し（提出にあたっては、利用目的を明らかにしたうえで、本人の同　意を得てください。）・雇用保険被保険者資格取得時に公共職業安定所から交付される「雇用保険被保険者資格喪失届・氏名変更届」（公共職業安定所において印字されたもの）の写し |
| 若者の採用・育成（１点） | * 厚生労働省「ユースエール認定」を受けているか。
* 認定を受けている　　□　認定を受けていない

（添付書類）　・認定通知書の写し |

【様式２】

法人等概要書

|  |  |
| --- | --- |
| （ふりがな）名称 | （　　　　　　　） |
| 所在地 | （〒　　　　） |
| 設立年月日 | 　　　年　　　月　　　日 |
| 資本金 | 　　　　　　　　　　　円 |
| 売上高 | 　　　　　　　　　　　円（　　　　年　月期実績） |
| 税引前当期利益 | 　　　　　　　　　　　円（　　　　年　月期実績） |
| 代表者 | 役職　　　　　　　　氏名 |
| 従業員数 | 名　（うち、正規雇用者　　　　　名） |
| 担当者氏名 |  |
| 担当者連絡先 | （〒　　　　）住所電話番号：　　　　　　　　　　　　FAX：電子メール： |
| 理念活動目的等 |  |
| 事業内容 |  |
| 事業の主な特色・実績等 |  |

※各項目の幅は、適宜調整してください。なお、１枚以内に納めてください。

※共同体として応募する場合は、すべての者の分を提出してください。

【様式３】

誓 約 書

令和４年　　月　　日

岐阜県電子自治体推進市町村・県連絡協議会長　様

法人等・共同体名称

代表者氏名

印

（共同体の場合、構成員連名で押印してください。）

　業務システムの標準化・共通化対応支援業務委託のプロポーザルに参加するにあたり、下記の事項について真実に相違ありません。

記

１　プロポーザル参加の要件を満たしています。

２　提出した書類に虚偽又は不正はありません。