

(様式1)

令和 年 月 日

岐阜県知事 様

**【参加申込者】**

所在地

法人名

代表者

連絡先 (電話番号)

(FAX番号)

(電子メール)

印

健康データに基づく未病・予防対策事業委託業務  
プロポーザル参加申込書

私は、「健康データに基づく未病・予防対策事業委託業務プロポーザル募集要領」に基づき、  
「健康データに基づく未病・予防対策事業委託業務」プロポーザルに参加します。

(様式1-2)

令和 年 月 日

共同体構成員届出書

岐阜県知事 様

共同体の名称

構成員 (代表者)

住 所  
名 称  
代表者職氏名

印

構成員

住 所  
名 称  
代表者職氏名

印

このたび、健康データに基づく未病・予防対策事業委託業務のプロポーザルに参加するにあたり、共同体を結成しましたので届け出ます。

(様式1-3)

健康データに基づく未病・予防対策事業委託業務  
共同体協定書

- 第1条  
（目的）  
第2条  
（名称）  
第3条  
（所在地）  
第4条  
（設立の時期及び解散の時期）  
第5条  
（構成員の所在地及び名称）  
第6条  
（代表者の名称）  
第7条  
（代表者の権限）  
第8条  
（構成員の責任）  
第9条  
（権利義務の制限）  
第10条  
（構成員の脱退に関する措置）  
第11条  
（構成員の破産又は解散に関する措置）  
第12条  
（協定書に定めのない事項）

令和 年 月 日

構成員（代表者）  
住 所  
名 称  
代表者職氏名

印

構成員  
住 所  
名 称  
代表者職氏名

印

※上記条項を参考に共同体の協定書を作成し、提出してください。

(様式1-4)

令和 年 月 日

共 同 体 委 任 状

岐阜県知事 様

共同体の名称

構成員 (代表者)

住 所

名 称

代表者職氏名

印

構成員

住 所

名 称

代表者職氏名

印

私は、下記の共同体代表者を代理人と定め、当共同体が存続する間、次の権限を委任します。

受任者

住 所  
共同体の代表者 名 称  
代表者職氏名

印

委任事項

健康データに基づく未病・予防対策事業委託業務にかかる以下の業務

- 1 上記業務にかかるプロポーザル関係書類の作成及び提出
- 2 上記業務にかかる契約の締結
- 3 上記業務にかかる委託料の請求及び受領

受任者印



(様式2)

令和 年 月 日

岐阜県知事 様

【提案者】

法人名

所在地

代表者職氏名

印

健康データに基づく未病・予防対策事業委託業務  
企画提案書

健康データに基づく未病・予防対策事業委託業務プロポーザル募集要領第3-2に基づき、以下のとおり関係書類を添えて応募します。

記

添付書類

- 別紙1：企画案の内容等について
- 別紙2：全体スケジュールについて
- 別紙3：委託業務の実施体制について
- 別紙4：見積書
- 別紙5：社会的課題への取組み
- 別紙6：行政機関からの受託業務実績書

<記入上の留意点>

※仕様書に沿って具体的な記載をお願いします。

※適宜行間を調整して作成してください。

※文字サイズは10ポイント以上としてください。また、枚数制限はありませんが、添付書類等を含めて原則片面印刷に統一してください。

※表や図などについては、別資料とすることも可とします。

## 企画案の内容等について

### ①データ分析及び分析結果資料について

※データ分析及び分析結果資料の作成に当たり、次のア～オについて記載してください。

ア 県内全市町村の健診・レセプト等データを用いたデータの分析方法

イ 重視するポイント

ウ 活用する技術的ノウハウ（専門的知見などを含む。）

※本委託事業類似のデータ分析及び分析結果があれば、それを参考にどのような分析及び分析結果が得られるかイメージ（一例）を示してください。

### ②市町村取組支援資料の作成について

※分析結果を踏まえたモデル市町村への実践的な伴走支援（ヒアリング、助言、アクションプラン構築等）について、次のア、イについて記載してください。

ア 重視するポイント

イ 活用する独自のノウハウ（専門的知見などを含む。）

※本委託業務類似の事例があればそれを参考とし、想定される市町村への取組提案（一例）を示してください。

### ③市町村向け研修会の開催について

※研修内容の充実のために工夫する点として、研修の内容、講師の予定者・選定理由、研修効果等について記載してください。

### ④その他（特記すべき提案がある場合）

## 全体スケジュールについて

※事業実施におけるスケジュールを記載してください。

なお、スケジュールは表形式で作成し、仕様書の「業務内容」に記載されている業務項目ごとにその工程をわかりやすく明示してください。

また、事業実施に係る関係者との連絡調整の必要がある場合は、その内容について記載してください。

## 委託業務の実施体制について

- 本委託業務の「実施体制」を、スタッフの経歴・能力等も含めてわかりやすく示してください。  
委託業務を実施するにあたって法人の特色（経験、知識、資格等）及び優位性があれば記載してください。
- 本委託業務の個人情報取扱体制について、取得した情報に係る取得・保管方法、事業終了時の返還・消去方法等の事故防止対策も含めて示してください。
- 募集要領第7-3について、「ISMS (Information Security Management System) 適合性評価制度による認証を取得している、又は情報セキュリティ対策としてシステムの対策及び人的対策を行い、組織として体制を整備していること」の要件を満たしていることを示してください。



## 社会的課題への取組み

※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。

※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	<p>◆ 岐阜県ワーク・ライフ・バランス推進企業登録制度への登録状況又は厚生労働省くるみん認定状況  <input type="checkbox"/> 登録して（認定されて）いる    <input type="checkbox"/> 登録して（認定されて）いない            （添付書類）            ・登録（認定）証の写し（有効期限内のもの）</p> <p>◆ 岐阜県ワーク・ライフ・バランス推進エクセレント企業登録制度への認定状況又は厚生労働省プラチナくるみん認定状況  <input type="checkbox"/> 認定を受けている    <input type="checkbox"/> 認定を受けていない            （添付書類）            ・認定証の写し（行動計画期間内のもの）</p>
障がい者雇用	<p>（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）</p> <p>◆ 直近 6 月 1 日現在の障がい者の法定雇用率の達成状況  <input type="checkbox"/> 達成    <input type="checkbox"/> 未達成            （添付書類）            ・直近 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</p> <p>（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</p> <p>◆ 現時点での障がい者の雇用状況  <input type="checkbox"/> 1 人以上採用している    <input type="checkbox"/> 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</p>
若者の採用・ 育成	<p>◆ 若者雇用促進法に基づく「ユースエール認定企業」に認定されているか  <input type="checkbox"/> 認定されている    <input type="checkbox"/> 認定されていない            （添付書類）            ・認定証の写し</p>
SDGs の取 組み	<p>◆ ぎふSDGs 推進パートナーであるか  <input type="checkbox"/> シルバーパートナー    <input type="checkbox"/> ゴールドパートナー  <input type="checkbox"/> 登録していない            （添付書類）            ・登録状況が分かる書類の写し（有効期限内のもの）</p>

## 行政機関からの受託業務実績書

●本委託業務と類似の業務実績について以下の表に記入してください。

1	業務名		
	発注者	受注金額	千円
	業務期間		
業務概要			
成果・特色			
2	業務名		
	発注者	受注金額	千円
	業務期間		
業務概要			
成果・特色			
3	業務名		
	発注者	受注金額	千円
	業務期間		
業務概要			
成果・特色			

※過去5年間の業務について、最大3件まで記載すること。

なお、記載した業務について、契約書等の写しを添付すること。

(様式3)

法人概要書

(ふりがな) 法人の名称	( )	
所在地	〒 -	
設立年月日	西暦 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)	
法人の組織図	※「別紙のとおり」とし、書類を添付しても構いません。	
担当者	所属	
	職・氏名	
	連絡先	住所：〒 電話： ファックス： 電子メール：
活動目的等		
事業内容		
業務の主な特色 ・実績等		

- 注) 1 全ての項目を記載してください。  
2 売上高等は直近の内容を記載してください。  
3 各項目の枠取りについては、記載内容に応じて変更可とします。  
4 全ての項目が記載されていることを条件に、別紙での提出を認めます。

(様式4)

誓 約 書

令和 年 月 日

岐阜県知事 様

法人名

所在地

代表者職氏名

印

「健康データに基づく未病・予防対策事業委託業務」のプロポーザルに参加するに当たり、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。

(様式5)

令和 年 月 日

岐阜県健康福祉部国民健康保険課長 様

募集要領等に関する質問書

健康データに基づく未病・予防対策事業委託業務プロポーザル募集要領等について、質問事項がありますので提出します。

法人名等 :  
所在地 :  
担当者名 :  
電話 :  
F A X :  
電子メール :

質問項目	(募集要領または仕様書の別・項目、ページ数等)
内 容	

(注意) 質問事項は、当様式1枚につき1問とし、簡潔に記載してください。

提出先 岐阜県健康福祉部国民健康保険課  
〒500-8570 岐阜市藪田南2丁目1番1号  
F A X 058-278-2886  
E-mail c11218@pref.gifu.lg.jp