（様式第１号）

年　　月　　日

河内長野市国民健康保険保健指導事業
プロポーザル参加表明書

（宛先）河内長野市長

所　　在　　地
商号または名称
代 表 者 氏 名

河内長野市国民健康保険保健指導事業プロポーザル実施要領に基づき、参加を表明します。

また、参加表明にあたり、河内長野市国民健康保険保健指導事業プロポーザル実施要領「３．参加資格要件」の各号に掲げるすべての要件に該当することを誓約し、後日誓約した内容と異なる事実が判明した場合は、本提案に係る参加資格を取り消されることについて、異議を申し立てません。

担当部署名	
担当者役職	
担当者氏名	
電話番号	
電子メール	

（様式第２号）

年　　月　　日

河内長野市国民健康保険保健指導事業プロポーザル
共同提案者構成調書

下記の団体を構成員とします。

応募者名 （代表団体）	商号または名称	
構成員	商号または名称	
	所在地	
	代表者氏名	
	電話番号	
	担当者	
構成員	商号または名称	
	所在地	
	代表者氏名	
	電話番号	
	担当者	

（注）欄が不足する場合は、適宜欄を追加してください。

（様式第３号）

会社概要書

商号または名称	
代表者名	
所在地	
本件の担当部署	（担当部署名） （担当者職･氏名） （住所） （電話） （ＦＡＸ） （E-Mail）
設立年月日	
資本金	
売上高	
従業員数 （令和８（2026）年４月１日現在）	
業務概要	
特色・備考等	

※　最新の情報を記入して下さい。

※　従業員数は、社内の人数を記入して下さい。

※　Ａ４版（上記様式）１ページに記入して下さい。

（様式第４号）

年　　月　　日

実績報告書

商号または名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

平成２８（２０１６）年４月以降に受託運用した実績を記述すること。
※提案事業者単体の受託実績を記載すること。グループで応募する場合は、構成員ごとの受託実績を記載すること。ただし、提案事業者又は共同提案者の構成員ではないグループ会社、親会社、子会社等の受託実績は含めない。また、人材派遣契約は受託実績に含めない。
※該当する業務受託実績に□マークをつけること。（実施要領「3. 参加資格要件（10）」参照）
※受託期間について、２期以上連続して受託している場合はその連続した期間を記入すること。また、現在履行中の業務は、その契約終了期間までを受託期間として記入すること。

項番	自治体名	受託期間	業務受託実績
1		年　月～　年　月	□特定健康診査の結果等に基づく保健指導 □糖尿病性腎症重症化予防 □フレイル予防または二次性骨折予防　□その他
2		年　月～　年　月	□特定健康診査の結果等に基づく保健指導 □糖尿病性腎症重症化予防 □フレイル予防または二次性骨折予防　□その他
3		年　月～　年　月	□特定健康診査の結果等に基づく保健指導 □糖尿病性腎症重症化予防 □フレイル予防または二次性骨折予防　□その他
4		年　月～　年　月	□特定健康診査の結果等に基づく保健指導 □糖尿病性腎症重症化予防 □フレイル予防または二次性骨折予防　□その他
5		年　月～　年　月	□特定健康診査の結果等に基づく保健指導 □糖尿病性腎症重症化予防 □フレイル予防または二次性骨折予防　□その他
6		年　月～　年　月	□特定健康診査の結果等に基づく保健指導 □糖尿病性腎症重症化予防 □フレイル予防または二次性骨折予防　□その他
7		年　月～　年　月	□特定健康診査の結果等に基づく保健指導 □糖尿病性腎症重症化予防 □フレイル予防または二次性骨折予防　□その他
8		年　月～　年　月	□特定健康診査の結果等に基づく保健指導 □糖尿病性腎症重症化予防 □フレイル予防または二次性骨折予防　□その他
9		年　月～　年　月	□特定健康診査の結果等に基づく保健指導 □糖尿病性腎症重症化予防 □フレイル予防または二次性骨折予防　□その他
10		年　月～　年　月	□特定健康診査の結果等に基づく保健指導 □糖尿病性腎症重症化予防 □フレイル予防または二次性骨折予防　□その他

※欄が不足する場合は適宜記入欄を広げること。
※グループで応募する場合は、構成員ごとに本様式を作成すること。

（様式第５号）

年　　月　　日

暴力団員等に該当しないことの誓約書及び同意書

（宛先）河内長野市長

所　　在　　地
商号または名称
代 表 者 氏 名

河内長野市国民健康保険保健指導事業プロポーザル実施要領に基づく参加表明にあたり、河内長野市暴力団排除条例第２条第２号に規定する暴力団員及び同条第３号に規定する暴力団密接関係者のいずれにも該当しないことを誓約します。

また、役員に排除対象者がいないことを確認するため、本様式に記載された情報を大阪府警察本部に照会することに同意します。

役員氏名一覧表

令和８（2026）年　　月　　日現在の役員

役職名	（ふりがな） 氏　　名	生年月日	性別	住　　所

（様式第６号）

年　　月　　日

河内長野市国民健康保険保健指導事業
プロポーザル企画提案書

（宛先）河内長野市長

所　　在　　地
商号または名称
代 表 者 氏 名

１．基本姿勢・業務理解
２．実施体制・市民対応
３．一体的運営・対象者管理
４．保健指導・教室運営の質
５．安全管理・事故対応
６．効果検証
７．業務実績
８．提案価格

（様式第７号）

年　　月　　日

見　　積　　書

（宛先）河内長野市長

下記のとおり見積いたします。

業 務 名	河内長野市国民健康保険保健指導事業
見積金額	円（税込）

所　　在　　地
商号または名称
代 表 者 氏 名　　印

※積算根拠を別途添付して下さい。（任意様式）