**「令和６年度宮城県聴覚障害児支援中核機能強化業務」**

**の企画提案に係る質問書**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **質問者** | **事業者名** |  |
| **連　絡　先** | **担当者名：**  **TEL：**  **FAX：**  **E-mail：** |
| **質問内容** |  | |

本業務で企画提案するにあたり質問事項があれば、令和６年１２月１０日（火）　　正午までに本様式にてE-mailで送付してください。

　　注：電話や口頭での質問は受け付けません。

　　送付先：宮城県保健福祉部障害福祉課　企画推進班

　　E-mail：syoufukup@pref.miyagi.lg.jp

**「令和６年度宮城県聴覚障害児支援中核機能強化業務」**

**に係る企画提案提出書**

　　年　　月　　日

宮城県知事　　　　　　　殿

所在地

事業者名

代表者氏名　　　　　　　　印

このことについて、下記のとおり関係書類を添えて申し込みます。

記

**１　応募事業者等の概要**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 事業所等所在地 | 〒 | | | |
| TEL |  | | |
| FAX |  | | |
| 事業者名 | （フリガナ） | | | |
|  | | | |
| 設立年月日 |  | | | |
| 主な業務 |  | | | |
| 従業員数 | 人 | | | |
| 代表者職名・氏名 |  | | | |
| 主な事業内容 |  | | | |
| 担当者部署名 |  | | 担当者名 |  |
| 担当者電話番号 |  | | E-mail |  |

**２　添付書類**

（１）企画提案募集条件に係る宣誓書（様式第３号）

（２）企画提案書（任意様式）

**企画提案応募条件に係る宣誓書**

　　年　　月　　日

宮城県知事　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　印

　令和６年度宮城県聴覚障害児支援中核機能強化業務の企画提案の応募にあたり、下記のすべての条件に該当し、応募資格を有していることを宣誓します。

記

１　宮城県内に活動拠点（本社又は営業所等）を有し、委託業務を誠実に遂行する体制が整っている者であること。

２　地方自治法施行令（昭和２２年政令第１６号）第１６７条の４の規定に該当する者でないこと。

３　物品調達等に係る競争入札の参加資格等に関する規程（平成９年宮城県告示第１２７５号）第４条第２項の規定に基づく物品調達等に係る競争入札参加業者登録簿に登録された者であること。

４　この事業の応募開始時から企画提案書提出時までの間に、宮城県の「物品調達等に係る競争入札の参加資格制限要領（令和２年４月１日施行）」に掲げる資格制限の要件に該当する者でないこと。

５　宮城県県税並びに消費税及び地方消費税を滞納していない者

６　宮城県入札契約暴力団等排除要綱（平成２０年１１月１日施行）別表各号に規定する措置要件及び宗教活動や政治活動を主たる目的とする団体に該当しないこと。

７　当該業務の円滑な履行ができる体制が整備できること。

８　本業務と同様に、障害当事者やその家族等への支援を実施する障害福祉施策に関する業務を、宮城県を含む宮城県内の地方公共団体から過去５年以内に２年以上受注した実績及び誠実に履行した実績がある者であること。

**「令和６年度宮城県聴覚障害児支援中核機能強化業務」**

**企画提案における事業経費参考内訳書**

所在地

事業者名

代表者氏名

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 科目 | | 金額(円)税抜き | 備考 |
| 人件費 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 人件費計(A) |  |  |
| 事業費 |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | 事業費計(B) |  |  |
|  | 合計(C=A+B) |  |  |
|  | 消費税(１０％) |  |  |
|  | 経費合計 |  |  |

※　科目は適宜設定して差し支えない。

**取　下　願**

　　年　　月　　日

宮城県知事　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　印

　都合により、　　　　年　月　日付けで提出した令和６年度宮城県聴覚障害児支援中核機能強化業務の企画提案に係る企画提案書を取り下げます。