

様式 1

受付番号

令和 年 月 日

大阪府知事 様

「介護職・介護業務のイメージアップ戦略事業」 企画提案公募

応募申込書

応募者	
商号又は名称	
代表者役職・氏名	
所在地	〒
連絡窓口	
(ふりがな) 氏名	
所属（部署名）	
役職	〒
所在地	
電話番号 (代表・直通)	
F A X 番号	
メールアドレス	

様式2

「介護職・介護業務のイメージアップ戦略事業」 企画提案公募

企 画 提 案 書

記入日	令和 年 月 日
1 企画提案名	
2 応募事業者名	
企業名等	
3 企画提案の内容 (記載欄を適宜拡張して使用してください。) ※下記(1)～(4)の全項目についてご記入ください。別途様式を定めて作成しても構いません。	
(1) 事業目的及び業務内容の理解度 介護職・介護業務のイメージアップに向けての課題を踏まえ、本事業実施にかかる提案内容の特徴等を記入してください。	
(2) 提案内容の妥当性及び充実度	
①介護職・介護業務の魅力発信動画の制作業務	
・動画の内容は、絵コンテ等で表現すること。	
・複数の動画全体の構成概要についても作成すること。	
・動画の再生回数を上げるための企画・手法については、具体的で実現性があるものを提案してください。	
②『介護の日』の普及啓発のための広報業務	
・企画内容と広報手法について、具体的に提案してください。	
(3) 実施体制・スケジュール	
具体的な実施体制・業務スケジュールについて、示してください。 (実施体制の組織表やスケジュール表を添付してください。)	
(4) 費用積算根拠の妥当性	
提案価格について、様式3に記入してください。	

様式3**「介護職・介護業務のイメージアップ戦略事業」 企画提案公募****応募金額提案書**

事業者名	
------	--

提案金額合計	円 (消費税及び地方消費税含む)
--------	---------------------

内 訳 (※各項目は例示です。適宜修正してください)

①出演料	円
②企画費 (シナリオ作成等)	円
③人件費 (撮影スタッフ技術料等)	円
④広報・PR関係経費	円
⑤企画・管理費等事務費 (資料作成や準備経費、交通費等)	円
合 計	円

- 消費税及び地方消費税を含む金額で記載してください。
- 積算内訳を別途添付して下さい。

様式 4

共同企業体届出書

代表構成員
大阪府知事 様 『介護職・介護業務のイメージアップ戦略事業』に係る企画提案公募について、下記の者と合同で参加します。 なお、参加にあたっては、代表構成員として各構成員を取りまとめ、大阪府に対する企画提案公募及び契約に係る一切の責任を負うものとします。
所在地
商号又は名称
代表者職氏名
構成員 1
大阪府知事 様 『介護職・介護業務のイメージアップ戦略事業』に係る企画提案公募について、本届出書記載のとおり合同で参加します。なお、参加にあたっては代表構成員と連帯して責任を負うものとします。
所在地
商号又は名称
代表者職氏名
構成員 2
大阪府知事 様 『介護職・介護業務のイメージアップ戦略事業』に係る企画提案公募について、本届出書記載のとおり合同で参加します。なお、参加にあたっては代表構成員と連帯して責任を負うものとします。
所在地
商号又は名称
代表者職氏名

様式5

『介護職・介護業務のイメージアップ戦略事業』に係る業務委託

共同企業体協定書

(目的)

第1条 当共同企業体は、大阪府が発注する『介護職・介護業務のイメージアップ戦略事業』に係る業務委託（以下「本件業務委託」という。）を共同連帯して受託することを目的とする。

(名称)

第2条 当共同企業体は、.....共同企業体（以下「当企業体」という。）と称する。

(事務所の所在地)

第3条 当企業体は、事務所を.....に置く。

(成立の時期及び解散の時期)

第4条 当企業体は、 年 月 日に成立し、その存続期間は○年とする。ただし、この存続期間を経過しても当企業体に係る本件業務の請負契約の履行後○ヵ月を経過するまでの間は解散することができない。

2 前項の存続期間は、構成員全員の同意をえて、これを延長することができる。

3 当企業体が大阪府との間で本件業務について契約できなかった場合には、当企業体は第1項の規定にかかわらず、大阪府が本件業務委託について他者と契約を締結した日に解散する。

(構成員の名称)

第5条 当企業体の構成員は、次のとおりとする。（支店の場合は支店名）

1 名称.....

2 名称.....

3 名称.....

4 名称.....

5 名称.....

(代表者の名称)

第6条 当企業体は、.....を代表者とする。

(代表者の権限)

第7条 当企業体の代表者は、本件業務委託の受託に関し、当企業体を代表して、次の権限を有するものとする。

- (1) 発注者及び監督官庁等と折衝する権限。
- (2) 代表者の名義をもって見積、入札、契約の締結、委託代金の請求及び受領に関する権限。
- (3) 入札及び委託代金の受領に関する復代理人の選任についての権限。
- (4) 当企業体に属する財産を管理する権限。
- (5) その他本件業務に関して必要となる一切の事項を執行する権限。

(業務分担額)

第8条 各構成員の業務の分担は、別に定めるところによるものとする。

2 前項に規定する分担業務の価格については、次条に規定する運営委員会で定める。

(運営委員会)

第9条 当企業体は、構成員全員をもって運営委員会を設け、本件業務委託の遂行に当るものとする。

(構成員の責任)

第10条 構成員は、本件業務委託の契約の履行に関し、連帯して責任を負うものとする。

(構成員の経費の分配)

第11条 構成員はその分担業務の実施のため、運営委員会の定めるところにより必要な経費の分配をうけるものとする。

(共通費用の分担)

第12条 本件業務の履行中に発生した共通の経費等については、分担業務の価格の割合に応じて運営委員会で定めるものとする。

(構成員相互間の責任分担)

第13条 構成員がその分担業務に関し、大阪府、第三者又は他の構成員に与えた損害は、当該構成員がこれを負担するものとする。

(権利義務の譲渡の制限)

第14条 構成員は、大阪府及び他の構成員全員の承認がなければ、本協定書に基づく権利義務を第三者に譲渡することはできない。

(受託途中における構成員の脱退に対する措置)

第15条 構成員は、発注者及び他の構成員全員の承認がなければ当企業体が本件業務委託を完成する日までは脱退することができない。

2 構成員のうち受託途中において前項の規定により脱退した者がある場合は、発注者の指示に従い本件業務委託を完成する。

(受託途中における構成員の破産又は解散に対する処置)

第16条 構成員のうちいずれかが受託途中において破産又は解散した場合は、残存構成員が共同連帯して当該構成員の分担業務を完成させるものとする。

(解散後のかし担保責任)

第 17 条 当企業体が解散した後においても、成果品につきかしがあったときは、各構成員は共同連帯してその責に任ずるものとする。

(協定書の定めのない事項)

第 18 条 この協定書に定めのない事項については、運営委員会において定めるものとする。

.....ほか.....社は、上記のとおり共同企業体協定を締結したので、その証拠としてこの協定書.....通を作成し、各通に構成員が記名押印し、各自所持するものとする。

令和 年 月 日

所在地.....

名 称.....

代表者.....

所在地.....

名 称.....

代表者.....

所在地.....

名 称.....

代表者.....

様式6 (構成員が支店等である場合の代表者から支店長等への委任)

委 任 状

令和 年 月 日

大阪府知事様

所 在 地

商号又は名称

代表者職・氏名

印

私儀 _____ (職 氏名) _____ を代理人と定め、
「介護職・介護業務のイメージアップ戦略事業」に係る委託契約に関し、下記の権限を委任いたします。

記

1. 共同企業体結成に関する一切の件
2. 共同企業体の代表構成員に権限を委任する件
3. 委任期間 自：年 月 日 至：年 月 日

(注)委任状の様式は自由であるので、この委任状でなくても良い。

様式7-1 (代表構成員が代表取締役の場合)

使 用 印 鑑 届

令和 年 月 日

大 阪 府 知 事 様

〇〇××共同企業体

代表構成員

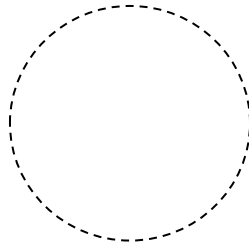
所 在 地

商号又は名称 〇〇 株式会社

代表者氏名 代表取締役 △△ △△ (実印)

私は、下記の印鑑を『介護職・介護業務のイメージアップ戦略事業』に関し、次の事項について使用したいのでお届けします。

使用印鑑



1. 入札参加資格確認申請について。
2. 見積、入札、契約の締結に関する事。
3. 保証金又は保証物の納付並びに還付請求及び領収について。
4. 請負代金の請求及び受領について。
5. 復代理人の選任に関する事。

(注意事項)

本届は企業体の代表構成員のみ提出することになります。

様式7-2 (代表構成員が受任者の場合)

使 用 印 鑑 届

令和 年 月 日

大 阪 府 知 事 様

〇〇××共同企業体

代表構成員

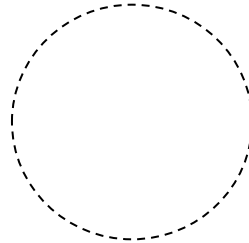
所 在 地

商号又は名称 〇〇株式会社 △△支店

役 職 氏 名 △△支店長 □□ □□ (印)

私は、下記の印鑑を『介護職・介護業務のイメージアップ戦略事業』に関し、次の事項について使用したいのでお届けします。

使用印鑑



1. 入札参加資格確認申請について。
2. 見積、入札、契約の締結に関する事。
3. 保証金又は保証物の納付並びに還付請求及び領収について。
4. 請負代金の請求及び受領について。
5. 復代理人の選任に関する件。

(注意事項)

本届は企業体の代表構成員のみ提出することになります。

様式 8

誓 約 書

「介護職・介護業務のイメージアップ戦略事業に係る企画提案公募要項」に規定する企画提案公募参加資格をすべて満たしていることを申告します。

必要な資格を満たしていないことが判明したときは、提案内容が失格となり、契約解除に伴う違約金の支払い、入札参加資格停止等の措置を受けても、異議を申し立てません。

大 阪 府 知 事 様

令和 年 月 日

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

(共同企業体の場合は、代表企業が提出すること。)

様式 10

障がい者の雇用状況について
【常用労働者の総数が 45.5 人未満の事業所が記入】

(事業名) 介護職・介護業務のイメージアップ戦略事業

(企業・団体名)

障がい者雇用状況（令和 2 年 6 月 1 日）

※ 障がい者の人数は、障害者雇用状況報告書に準ずる。

(注) 「障害者の数」とは、身体障害者数、知的障害者数及び精神障害者数の計であり、短時間勤務職員以外の重度身体障害者及び重度知的障害者については、法律上、1 人を 2 人に相当するものとしてダブルカウントしている。また、短時間勤務職員である重度身体障害者、重度知的障害者及び短時間職員である精神障害者（平成 2 8 年 6 月 2 日以降に採用された者または平成 2 8 年 6 月 2 日より前に採用された者で、同日以後に精神障害者保健福祉手帳を取得した者）については 1 人を 1 カウントとしている。さらに、重度以外の身体障害者及び知的障害者並びに精神障害者である短時間勤務職員については、法律上、1 人を 0.5 人に相当するものとして 0.5 カウントとしている。

常用雇用労働者の総数 (A)	人
常用雇用障がい者の総数 (B)	人
	うち 身体障がい者 人
	うち 知的障がい者 人
	うち 精神障がい者 人
雇用率 (B / A * 100)	%

様式 11

ひとり親家庭の親の雇用状況に関する報告書

① 現在雇用関係にある常用雇用労働者数	② ①のうちひとり親家庭の親の常用雇用労働者数	③ 雇用率 (②÷①×100)
人	人	%

上記のとおり相違ありません。

大阪府知事 様

令和 年 月 日

受託者所在地

商号又は名称

代表者職氏名

(共同企業体の場合は、代表企業が提出すること。)

(記入上の注意)

- ①現在雇用関係にある常用雇用労働者数については、障害者雇用状況報告書(障害者の雇用の促進等に関する法律様式第6号)の「常用雇用労働者の数」を基にした令和2年6月1日現在の雇用者数を記入してください。
- ②ひとり親家庭の親の人数については、令和2年6月1日現在、貴社が把握(扶養控除申告書、特定求職者雇用開発助成金支給決定通知書等により)している人数を記載することとし、新たに従業員への確認等の行為は行わないでください。
- ③雇用率の算出については、少数点以下第3位を四捨五入し、少数点以下第2位までの数値を記入してください。

※ひとり親家庭の親の定義:母子及び父子並びに寡婦福祉法第6条第1項又は第2項に規定する配偶者のない(死別、離婚等、又は婚姻によらないで親となった)女子又は男子で、20歳未満の児童を扶養している方。

※上記、扶養控除申告書、特定求職者雇用開発助成金支給決定通知書等の書類については、契約期間中に確認することがあります。

生活困窮者自立相談支援機関利用証明申請書

私が、生活困窮者自立相談支援機関を利用（※）したことについて、証明願います。（※）生活困窮者に対する支援の種類及び内容等を記載した計画である「自立支援計画」を作成した者に限る。

整理番号	就労事業所名	採用時期
		年 月 日

申請理由：大阪府総合評価一般競争入札、指定管理者制度等に伴う雇用実績確認に必要なため

提出先： _____

生活困窮者自立相談支援機関利用時期： _____ 年 月頃

令和 年 月 日

（住所）〒 _____

_____（氏名）

生活困窮者自立相談支援機関利用証明書

あなたが、生活困窮者自立相談支援機関（※）を利用したことを証明します。（※）生活困窮者に対する支援の種類及び内容等を記載した計画である「自立支援計画」を作成した者に限る。

（また、下記のとおり「就労事業所名」と「採用時期」について報告を受けました。）

整理番号	就労事業所名	採用時期
		年 月 日

令和 年 月 日

_____（生活困窮者自立相談支援機関名）

_____（職・氏名）

様式 13

「介護職・介護業務のイメージアップ戦略事業」に関する
企画提案公募 説明会参加申込書

令和 年 月 日

大阪府知事 様

所在地

(電話番号)

商号又は名称

代表者氏名

令和3年4月28日(水曜日)開催の標記説明会への参加を申し込みます。

参加者 職・氏名	
部 課 名	
担 当 者 名	
電 話 番 号	— —
F A X 番 号	— —
メールアドレス	@

* 1団体につき、2名以内でお願いします。

