商号又は名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

様式１０

業務実施体制票

担当分野※１	担当者名	所属及び役職	資格等	障害福祉計画に関わった実績（経歴等）※２
総括責任者				
障害福祉計画 担当主任				

※１　契約期間を通して本件業務に従事できる統括責任者、担当技術者等を記載すること。
　　今回担当する表記２つのうち、どの担当かについても必ず記載すること。

※２　市町村の障害福祉計画に関わった実績を過去５年間（平成３０年度から令和４年度まで）について、計画名、関わった内容、年度、件数がわかるように必ず記載すること。（担当者の実績は当該期間において、完了済の業務に関わった実績を記載すること。）

【チーム編成の考え方・特色など】

※この様式の全ての項目について記載欄が不足する場合は項目を明記し、別紙での提出も可とします。

商号又は名称 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

様式１１

業務実績票

年度	発注者	業務名	業務内容	契約金額

（※必要に応じて適宜項目を加除することができる。）

※上記の業務実績を確認できる契約書等の写しを添付すること。

※平成３０年度から令和４年度までの同種業務実績全てを記載すること。

※記載欄が不足した場合は、この様式を複写し記載すること。

様式１２

令和　　年　　月　　日

（宛先）白井市長

住所
商号又は名称
代表者職氏名　　印

見積書

交付された設計書等の資料に基づき、下記のとおり見積書を提出します。

	億	千	百	拾	万	千	百	拾	壱	
金額										円（税抜）

※ 金額は算用数字で記入し、頭部に￥をつけること。
※ 履行期間である、契約締結の翌日から令和８年３月２５日までの見積総額(税抜)を記入すること。
※ 見積金額内訳書（様式１３）を作成し、金額を合致させること。
※ 本見積書は本プロポーザルの評価資料であり、直ちに契約額となるものではない。

委託業務名称　【継】白井市障害者計画策定業務委託

委託業務場所　白井市復１１２３　白井市保健福祉センター

担当者
所属
氏名
電話

様式１３

令和６年度　見積金額内訳書

会　社　名	

件　　名	【継】白井市障害者計画策定業務委託
場　　所	白井市復１１２３　白井市保健福祉センター

見積金額	0 円（税抜き）

番号	項目（名称）	種目・摘要	数量	単位	単　価	金　　額	備　　考
	合計					0	
	消費税		1	式			
	総合計						

様式１３

令和７年度　見積金額内訳書

会　社　名	

件　　名	【継】白井市障害者計画策定業務委託
場　　所	白井市復１１２３　白井市保健福祉センター

見積金額	0 円（税抜き）

番号	項目（名称）	種目・摘要	数量	単位	単　価	金　　額	備　　考
	合計					0	
	消費税		1	式			
	総合計						