

介護用品価格入札参加資格申請書

年 月 日

社会福祉法人ヒューマンライツ福祉協会 様

住 所

会 社 名

代表者名

印

担 当 者

所 属

氏 名

T E L

F A X

介護用品選定について、次のとおり、関係書類を添付して申し込みます。

なお、選定については、貴方に一任し、その結果については、何らの異議及び疑義の申し立てをいたしません。

添付書類

- | | |
|-----------------------|--------|
| (1) 入札参加申請書 | 〈様式 1〉 |
| (2) 会社概要 | 〈様式 2〉 |
| (3) 連絡表 | 〈様式 3〉 |
| (4) 業務実績表 | 〈様式 4〉 |
| (5) 商業登記簿謄本 (複写可 1 通) | |
| (6) 委任状 | 〈様式 5〉 |
| (7) 入札書 | 〈様式 6〉 |
| (8) 企業活動調査票 | 〈様式 7〉 |

会社概要

年 月 日現在

名 称	(フリガナ).....
法人等の所在地	〒
設立年月日	
従業員数	
資本金	
主な業務内容	
免許・登録 (ISO等)	
社会貢献実績、 (CSR等)	

連 絡 表

年 月 日

社会福祉法人ヒューマンライツ福祉協会 様

住 所

商号又は名称

介護用品委託に係る価格入札に関する業務の連絡者を次のとおり届けます。

連 絡 者	(1)	
	(2)	
所 属		
所 在 地		
電 話 番 号 F A X 番 号	
審査結果 連絡先F A X		

業 務 実 績 表

年 月 日

社会福祉法人ヒューマンライツ福祉協会 様

住 所

会 社 名

代 表 者 名

印

社会福祉法人ヒューマンライツ福祉協会の介護用品選定について、下記のとおり、業務実績を報告します。

記

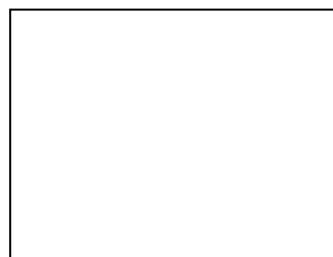
契 約 名 称 業 務 概 要	契 約 期 間	契 約 金 額 (本体価格)
	年 月 日 から 年 月 日 まで	千円
	年 月 日 から 年 月 日 まで	千円
	年 月 日 から 年 月 日 まで	千円

(注) 実績は近年のものから、記入してください。

委任状

代理人氏名 _____

代理人使用印鑑



上記の者を代理人と定め、下記の入札に関する一切の権限を委任します。

記

件名 _____

年 月 日

社会福祉法人ヒューマンライツ福祉協会 様

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

入 札 書

社会福祉法人ヒューマンライツ福祉協会 様

1. 業務名称：2023 年度介護用品購入業務委託

2. 履行期間：2023 年 10 月 1 日～2024 年 3 月 31 日

※単年度契約ですが、2 回まで更新可能です。

仕様書等を承諾の上、以下の金額を以て入札いたします。

千万	百万	拾万	万	千	百	拾	円

※2023 年度の契約期間は半年間(10 月 1 日～3 月 31 日)となりますが、入札書に記載する金額は年間の契約金額を記載してください。

※入札書に記載する金額は、税抜き金額(契約希望金額の 100/110 に相当する金額)としてください

※金額の前に「¥」記号を必ず記入してください

※金額の訂正をしないでください

年 月 日

住所

商号又は名称

代表者職氏名

代理人氏名

印

入札内訳表

1. 業務名称 2023 年度介護用品購入業務委託

2. 履行期間 2023 年 10 月 1 日～2024 年 3 月 31 日

3. 見積内訳書

商品名	規格	予定枚数(枚)	1 枚単価(税抜)	年間予定金額(税抜)
エルモアいちばんパンツ ライト	S			
	ML			
	LL			
エルモアいちばんすっきり 伸縮テープ止め	S			
	M			
	L			
エルモアいちばんいちばん ワイドパッド 男女共用	—			
エルモア いちばんビッグ パッド夜用	—			
エルモアいちばん フラット	—			
ライフリー長時間安心 さらさらパッド	—			
エルモアいちばん 高吸収透湿パッド	—			
			合計予定金額 (税抜)	

※2023 年度の契約期間は半年間(10 月 1 日～3 月 31 日)となりますが、見積内訳書に記載する金額は年間の契約金額を記載してください。

企業活動調査票

社会福祉法人ヒューマンライツ福祉協会 入札要綱に則り、業務委託に関する総合評価入札に応募されます事業者の方の「企業調査」として、以下の6点にわたりご回答をお願いしています。

1. 就職困難者雇用実績について

「就職困難者」（就職困難者に該当するのは、雇用保険における就職困難者に定義されている、身体障害者、知的障害者、精神障害者、保護観察中の者、社会的事情により就職が著しく阻害されている人たち等です。）

2020年4月1日～2023年3月31日までの実雇用者数 人
 内訳 障害者 人 保護観察中の者 人
 社会的事情 人

2. 「次世代育成支援対策推進法」に基づく一般事業主行動計画の策定状況について

「次世代育成支援対策推進法」における行動計画を策定した旨を厚生労働大臣（都道府県地方労働局）に届出していますか。

常時雇用する労働者が100人以下の事業者（届出義務なし）		常時雇用する労働者が101人以上の事業者（届出義務あり）	
<input type="checkbox"/> 届出済	<input type="checkbox"/> 未提出	<input type="checkbox"/> 届出済	<input type="checkbox"/> 未提出

※行動計画を届出済の事業者は一般事業主行動計画策定届の写しを添付してください。

3. 「障害者の雇用の促進等に関する法律」に基づく障害者の雇用状況について

※毎年6月1日現在（直近）でご記入ください。

公共職業安定所に「障害者雇用状況報告書」を提出している事業者はその写しを添付してください。

- (1) 常時雇用労働者数が43.5人以上の事業者にお聞きします。
 障害者法定雇用率（2.3%）を達成していますか。
 達成している。 達成していない。
- (2) 常時雇用労働者数が43人以下の事業者にお聞きします。
 障害者を雇用していますか。
 雇用している。 雇用していない。

4. 大阪人材雇用開発センター（G-STEP）企業登録について

（該当項目の□にレ点をつけてください）

- 登録している 登録していない

5. 大阪企業人権協議会への加入について

（該当項目の□にレ点をつけてください）

- 加入している 加入していない

6. 企業での人権研修について

（該当項目の□にレ点をつけてください）

- 2022年4月1日以降に御社内で人権に関する研修が行われましたか
 行った（内容： ）
 行っていない