（様式２）

入　 札 　書

　件　名　　五條市国民健康保険特定健康診査受診率向上対策業務委託

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入札金額 |  |  | 百万 |  |  | 千 |  |  | 円 |

（注）委託料の総額。消費税及び地方消費税相当額を含まない。

【内訳】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診率向上対策業務 | 諸経費 | 　　　　　①　　　　　 円 |
| 勧奨発送(1回目) | 3,500件×[＠　　　　円]②　　　　 　円 |
| 勧奨発送(2回目) | 1,500件×[＠　　　　円]③　　　　 　円 |
| ①、②、③の合計金額 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |

入札説明書及び仕様書等を承諾のうえ、下記誓約事項について誓約し、上記のとおり入札します。

誓約事項

１　上記の入札に対し、連合等により入札の公正を害するような不正行為をしないこと。

２　入札終了後において、連合等の疑いが生じたときは、市のとる措置に従い、一切の異議を申し立てないこと。

令和７年６月１０日

五 條 市 長　様

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 本件責任者 | 氏名 |  | 電話 |  |
|  | 本件担当者 | 氏名 |  | 電話 |  |

※押印をしない場合は、本件責任者及び本件担当者の氏名及び連絡先（電話番号）は、必ず

両方に記載すること。

【**入札書記載例】**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （様式２）入　札　書件　名　　五條市国民健康保険特定健康診査受診率向上対策業務委託

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入札金額 |  | ● | 百万● | ● | ● | 千● | ● | ● | 円● |

（注）委託料の総額。消費税及び地方消費税相当額を含まない。【内訳】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診率向上対策業務 | 諸経費 | 　　　　　　　　 ①　　　　　　　 円 |
| 勧奨発送(1回目) | 3,500件×[＠　　　　円]②　　　　　 　円 |
| 勧奨発送(2回目) | 1,500件×[＠　　　　円]③　　　　　 　円 |
| ①、②、③の合計金額 | 　　　　　　　　　　　　円 |

入札説明書及び仕様書等を承諾のうえ、下記誓約事項について誓約し、上記のとおり入札します。誓約事項１　上記の入札に対し、連合等により入札の公正を害するような不正行為をしないこと。２　入札終了後において、連合等の疑いが生じたときは、市のとる措置に従い、一切の意義を申し立てないこと。令和７年６月１０日五 條 市 長　様 | 見積もった金額の総額。消費税及び地方消費税相当額を含まない金額を記入してください。※入札金額を訂正したもの、金額が判読できないものは、無効とします。開札日の年月日を記入してください。※開札日以外を記載したもの、記載のないものは、無効とします。押印しない場合は、「本件責任者」及び「本件担当者」の両方に氏名及び連絡先（電話番号）を記載してください。※「本件責任者」及び「本件担当者」に氏名及び連絡先（電話番号）の記載が無いものは無効とします。※そのほか、記名の無いもの、誤字脱字等により不明瞭なものは無効とします。 |
| 住　　　　所商号又は名称代表者職氏名 |  |  |
|

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 本件責任者 | 氏名 |  | 電話 |  |
|  | 本件担当者 | 氏名 |  | 電話 |  |

※押印しない場合は、本件責任者及び本件担当者の氏名及び連絡先（電話番号）は、必ず両方に記載すること。 |