（様式１－１）

令和　　年　　月　　日

プロポーザル参加申込書

（あて先）一宮市病院事業管理者

住所（所在地）

法人名

代表者職氏名 　 　　　　 ㊞

一宮市立市民病院診療報酬請求精度調査業務委託公募型プロポーザルについて参加を申し込みます。

なお、当該プロポーザル実施要領に定める参加資格要件のすべてを満たしていること及び本申込書の記載内容が事実と相違ないことを誓約します。

【担当者連先】

部署

職名

氏名

所在地

電話

Ｅ-mail

（様式１－２）

令和　　年　　月　　日

実績調書

（あて先）一宮市病院事業管理者

住所（所在地）

法人名

代表者職氏名 　 　　　　 ㊞

令和２年４月１日以降、当社の診療報酬請求精度調査の受託実績は以下のとおりです。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No. | 病床数 | 契約期間 | 標榜  診療科数 | ＤＰＣ  参加状況 | 実績内容（どのような効果があったか、調査による請求漏れ金額等。自由記載） |
| 1 | 床 |  | 診療科 | 有・無 |  |
| 2 | 床 |  | 診療科 | 有・無 |  |
| 3 | 床 |  | 診療科 | 有・無 |  |
| 4 | 床 |  | 診療科 | 有・無 |  |
| 5 | 床 |  | 診療科 | 有・無 |  |

※必要に応じて行の高さや行数を調整してください。

（様式１－３）

令和　　年　　月　　日

暴力団等の関与がない旨の誓約書兼承諾書

（あて先）一宮市病院事業管理者

住所（所在地）

法人名

代表者職氏名 　　　　　　　　　　　　　　　㊞

一宮市立市民病院診療報酬請求精度調査業務委託公募型プロポーザルに申し込むにあたり、下記の項目について相違ないことを誓約します。また、誓約内容の確認のため、必要に応じて一宮市が本承諾書を以って関係官庁に調査、照会することを承諾します。

記

１　自己又は自社の役員等が、次のいずれにも該当するものではありません。

1. 暴力団（暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律（平成3年法律第77号。以下「暴力団対策法」という。）第2条第2号に規定する暴力団をいう。以下同じ。）
2. 暴力団員（暴力団対策法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）
3. 暴力団員でなくなった日から5年を経過しない者
4. 自己、自社若しくは第三者の不正な利益を図る目的又は第三者に損害を与える目的をもって暴力団又は暴力団員を利用している者
5. 暴力団又は暴力団員に対して資金等を提供し、又は便宜を供与するなど、直接若しくは積極的に暴力団の維持運営に協力し、又は関与している者
6. 暴力団又は暴力団員と社会的に非難されるべき関係を有している者
7. 暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれを利用している者
8. 役員等が、暴力団又は暴力団員がその経営又は運営に実質的に関与している業者であると知りながら、下請契約、業務の再委託契約、資材等の購入等を締結し、これを利用している個人または法人等

２　１（１）から（８）までに掲げる者が、その経営に実質的に関与している法人その他の団体又は個人ではありません。

以上

（様式１－４）

令和　　年　　月　　日

企画提案書に関する質問書

（あて先）一宮市病院事業管理者

法人名

【担当者連絡先】

職名

氏名

所在地

電話

Ｅ-mail

一宮市立市民病院診療報酬請求精度調査業務委託公募型プロポーザル企画提案書の作成に関して、下記のとおり質問します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 項 目 | 質問の内容等 |
|  |  |

※任意様式を使用しても差し支えありません

（様式２）

令和　　年　　月　　日

プロポーザル参加辞退届

（あて先）一宮市病院事業管理者

住所（所在地）

法人名

代表者職氏名 　 　　　　 　 　　　　㊞

一宮市立市民病院診療報酬請求精度調査業務委託公募型プロポーザルへの参加を辞退

します。

|  |
| --- |
| 辞 退 理 由 |
|  |

【担当者連絡先】

部署

職名

氏名

所在地

電話

Ｅ-mail