**（様式第1号）**

質　問　票

令和７年（2025年）年　　月　　日

熊本県健康福祉部健康局国保・高齢者医療課長　様

団体名

部署

担当者

電話

E-mail

「令和７年度（2025年度）医療費適正化に係る市町村課題解決支援業務」に係る

企画コンペに関して、次のとおり質問事項を提出します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 資料名 |  | ページ |  |
| 項目名 |  |
| 【質問事項】 |

※質問は、簡潔に御記入ください。

**（様式第2号）**

令和７年度（2025年度）医療費適正化に係る市町村課題解決支援業務

企画コンペ参加申込書

令和７年（2025年）　　月　　日

熊本県知事　木村　敬　様

住所

会社名等

代表者氏名

令和７年度（2025年度）医療費適正化に係る市町村課題解決支援業務に係る企画コンペに参加します。

なお、医療費適正化に係る市町村課題解決支援業務企画コンペ実施要領「３（１）　参加資格」の要件を満たしていることを誓約します。

記

担当者連絡先

|  |  |
| --- | --- |
| 担当部署名 |  |
| 担当者職・氏名 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mailアドレス |  |

会社概要

|  |  |
| --- | --- |
| 商号又は名称 |  |
| 本社所在地 |  |
| 主な営業所等 |  | 設立年月 |  |
| 資本金（千円） |  | 従業員数（人） |  |
| 事業内容 |  |
| その他特記事項 |  |

熊本県入札参加資格登録番号

**（様式第5号）**

企　画　提　案　書

令和７年（2025年）　　月　　日

熊本県知事　木村　敬　様

住　　　　所

商号又は名称

代表者職氏名

担当者所属氏名

電話番号

E-mailアドレス

令和７年度（2025年度）医療費適正化に係る市町村課題解決支援業務に係る企画提案書を提出します。

〔添付書類〕

①　企画提案資料

②　実施体制

③　業務スケジュール表

④　概算経費見積書

⑤　類似業務の受託実績　※該当がある場合

⑥　事業者の取組に関する申出書（様式第６号）