様式第２号（第57条及び第67条関係）

**Ⅲ．入札書様式**

入　札　（　見　積　）　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　納入場所　　鹿児島県国民健康保険団体連合会　介護保険課

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| No | 入札（見積）物品名 | 品質、規格、形状等 | 数　量 | 単価（円） | 金　額（円） | 納入期限 | 備　　　考 |
| １ | 旧介護保険・障害者総合支援システム機器等の廃棄 | 仕様書のとおり | － |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 合計 |  |  |  |  |  |  |
| 上記のとおり入札（見積）します。  　　　　令和　　 年 　　月 　　日  　　　鹿児島県国民健康保険団体連合会  　　　　理 事 長　 前　田　　祝　成　　殿  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　入札（見積）者  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　商号又は名称  　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　代表者又は代理人の氏名　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | |
| （注）　１　入札（見積）金額は、消費税を含まないものとする。  　　　　　２　記入を要しない欄は、斜線を引くこと。 | | | | | | | |

**Ⅳ．委任状様式**

委 任 状

令和　　年　　月　　日

鹿児島県国民健康保険団体連合会

　理 事 長 　前 田　 祝 成　　殿

所在地又は住所

商号又は名称

代表者職氏名

私は、次の者を委任代理人と定め、下記件名の入札及び見積りに関する一切の権限を委任します。

代理人使用印鑑

受任者 所在地

商号又は名称

職・氏名

記

入札(見積)件名　　旧介護保険・障害者総合支援システム機器等の廃棄

入札(見積)期日　　令和７年６月26日（木）

入札(見積)・開札場所　鹿児島市鴨池新町７番４号　市町村自治会館５階　503号室

**資料２　質問票**

質　　問　　票

鹿児島県国民健康保険団体連合会　御中

（担当部署　介護保険課介護保険係）

法人等名称：

担当部署：

担当者名：

電話：

ＦＡＸ：

電子メール:

「旧介護保険・障害者総合支援システム機器等の廃棄」（令和７年６月　日付公告）に関する質問票を提出します。

|  |  |
| --- | --- |
| 資料名 |  |
| ページ |  |
| 項目名 |  |
| 質問内容 |  |

送信先電子メールアドレス：k-kaigo309@kagoshima.kokuhoren.jp

入札参加申込書

**資料３　入札参加申込書**

下記の案件について、競争入札に参加したく、下記により、申込致します。

記

１ 件名　旧介護保険・障害者総合支援システム機器等の廃棄

２　 入札業者情報

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者名 |  |
| 代表者役職 |  |
| 代表者電話番号 |  |
| 代表者FAX番号 |  |
| 担当者所属名称 |  |
| 担当者名 |  |
| 担当者所属住所等 |  |
| 担当者電話番号 |  |
| 担当者FAX番号 |  |
| 担当者メールアドレス |  |

令和 年 月 日

鹿児島県国民健康保険団体連合会

理　事　長　　　前田　祝成　殿

所在地

商号又は名称

代表者又は代理人の氏名　　　　　　　　　　　　　印