

申請書類確認表

フリガナ		フリガナ		連絡先(電話)
申請者名 (商号又は名称)		担当者名		

・申請書類はこの確認表で照合の上、提出してください。

◎必ず提出しなければならない書類

番号	書類の名称	備 考	申請者 確認欄	広域連合 確認欄
1	入札参加等資格審査申請書	様式第1号		
2	代表者身分証明書	法人：登記事項証明書(写し可) 個人：登記されていないことの証明書(法務局)及び 身分証明書(本籍地の市町村)(写し可)		
3	印鑑証明書	法人：法務局が証明するもの(写し可) 個人：住所地の市町村長が証明するもの(写し可)		
4	市区町村税完納証明書 消費税納税証明書	市区町村税：各市区町村税務課で発行(写し可) 消費税：税務署で発行(納税証明書「その3」)(写し可) ※事業所が大分県内にない場合は、本店又は支店のどちらかの証明書を提出すること。		
5	営業概要書	様式第2号		
7	誓約書	施行令第167条の4第1項の3に該当しないことの誓約書		
8	返信用封筒(長3封筒)	返信先を記入し、110円切手を貼付 (審査結果の通知用)		

◎該当者のみ提出する書類

番号	書類の名称	備 考	申請者 確認欄	広域連合 確認欄
6	資格証明・許認可証の写し	法律上、営業等に必要な資格書類があれば必ず提出のこと。		
9	カタログ・パンフレット等	営業内容のわかるもの		

※ 上記番号は、「令和8、9年度 大分県後期高齢者医療広域連合入札参加等資格の申請について」の2ページ「4 提出書類」の表のとおりです。

※ 各書類の詳細は、広域連合ホームページ上の「入札参加等資格審査申請について」又は記入例で確認してください。

※ 代表者身分証明書・印鑑証明書等、官公庁発行の証明書は、申請日から3か月以内に発行されたものを添付してください。

※ 様式第1号及び第2号中の登録番号は、広域連合で記入します。

受付印

登録番号				
------	--	--	--	--

様式第1号

入札参加等資格審査申請書

令和 年 月 日

大分県後期高齢者医療広域連合長 足立 信也 様

申請者 住所(本社所在地) 〒

商号又は名称

代表者職氏名

電話番号 (- - -)

実印

大分県後期高齢者医療広域連合が発注する物品の買入れ、製造の請負(工事の請負を除く。)その他の契約に係る競争入札に参加したいので、関係書類を添えて申請します。なお、この申請書及び添付書類のすべての記載事項は、事実と相違ないことを誓約します。

1. 申請営業種目

--	--	--	--	--	--	--

2. 使用印について

下記の印鑑を、大分県後期高齢者医療広域連合との取引に関連し、代表者が使用する印鑑として届けます。

使用印

3. 委任について

私は、下記の事項について、次の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

[代理人]

住 所

商号又は名称

役職及び氏名

1. 入札及び見積りに関する件
2. 契約締結に関する件
3. 保証金に関する件
4. 納品及び代金請求の件
5. 代金領収の件
6. その他契約に関する一切の件
7. 復代理人選任に関する件
8. その他 ()

代理人使用印

代理人使用印

営業概要書

登録番号				
------	--	--	--	--

設立年月 及び営業年数	設立年月	営業年数
	明治・大正・昭和・平成・令和 年 月	年 月

資本金	千円
-----	----

売上高 (直前1年間)	千円	年 月 日から
		年 月 日まで

従業員数	区分	事務	営業	技術	その他	計
	本社(全体)	人	人	人	人	人
	委任を受けた 支店等	人	人	人	人	人

様式第2号（その2）

登録番号			
------	--	--	--

1. 申請営業種目別契約実績額（過去2年間における契約金額の実績）

申請営業種目	区分	発注者	契約金額(千円)	契約名称	契約年月日
種目コード1 （　　）	広域連合	①			
		②			
		③			
		④			
		⑤			
	他官庁	①			
		②			
		③			
		④			
		⑤			
	民間	①			
	広域連合	①			
		②			
		③			
		④			
		⑤			
	他官庁	①			
		②			
		③			
		④			
		⑤			
	民間	①			
種目コード2 （　　）	広域連合	①			
		②			
		③			
		④			
		⑤			
	他官庁	①			
		②			
		③			
		④			
		⑤			
	民間	①			
	広域連合	①			
		②			
		③			
		④			
		⑤			
	他官庁	①			
		②			
		③			
		④			
		⑤			
	民間	①			
種目コード3 （　　）	広域連合	①			
		②			
		③			
		④			
		⑤			
	他官庁	①			
		②			
		③			
		④			
		⑤			
	民間	①			

登録番号

2. 主要取扱品目

※ 営業種目の記載が2以上ある場合は、当該様式を複数枚提出して記載してください。

登録番号				
------	--	--	--	--

誓 約 書

私は、下記の事項について誓約します。

なお、大分県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」という。）が必要な場合には、警察に照会することについて承諾します。

また、照会で確認された情報は、今後、私が、広域連合と行う他の契約における確認に利用することに同意します。

記

1 自己又は自己の役員等が、次のいずれにも該当する者ではありません。

- (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）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（同法第2条第6号に規定する暴力団員をいう。以下同じ。）
- (3) 暴力団員が役員となっている事業者
- (4) 暴力団員であることを知りながら、その者を雇用・使用している者
- (5) 暴力団員であることを知りながら、その者と下請契約又は資材、原材料の購入契約等を締結している者
- (6) 暴力団（員）に経済上の利益や便宜を供与している者
- (7) 役員等が暴力団（員）と社会通念上ふさわしくない交際を有するなど社会的に非難される関係を有している者
- (8) 暴力団又は暴力団員であることを知りながらこれらを利用している者

2 1の（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。

令和 年 月 日

大分県後期高齢者医療広域連合 広域連合長 足立 信也 殿

〔法人、団体にあっては事務所所在地〕

住 所

〔法人、団体にあっては法人・団体名及び、代表者の役職・氏名〕

（ふりがな）

氏 名 _____ ㊞

生年月日（明治・大正・昭和・平成） 年 月 日（男・女）

担当者・代理人氏名（所属）

（氏名）

担当者・代理人連絡先（電話番号）

※ 行政事務全般から暴力団を排除するため、申請者に暴力団等でない旨の誓約をお願いしています。