

資料 3

提 案 書 等 様 式

市立豊中病院外来区域等清掃業務に係る総合評価一般競争入札(標準型)

平成30年5月11日 市立豊中病院

研修実施報告書

(様式1)

① 研修期間 平成年月日から 平成年月日まで		② 研修名	③ 研修場所	④ 研修内容	⑤ 研修対象者	⑥ 参加延人数 (人)	⑦ 研修時間数(1人当たり)		⑧ 研修講師	
							日数 (日)	延時間 (時間)	所属又は役職名 氏名	
				※ 別添資料参照					(所属又は役職名)	
				※ 別添資料参照					(氏名)	
				※ 別添資料参照					(所属又は役職名)	
				※ 別添資料参照					(氏名)	
				※ 別添資料参照					(所属又は役職名)	
				※ 別添資料参照					(氏名)	
				※ 別添資料参照					(所属又は役職名)	
				※ 別添資料参照					(氏名)	

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

宛 先 豊中市病院事業管理者

所在地 _____

商号又は名称 _____

代表者職氏名 _____ 印

(記入上の注意)

- ① 研修期間については、過去1年間の研修は平成29年4月1日から平成30年3月31日までとする。
- ② 研修名については、「新規採用者教育研修」「中堅者技術向上研修」「個人情報取扱研修」等、簡潔に記入してください。
- ③ 研修場所については、研修場所が複数箇所の場合は、主な研修場所を記入してください。
- ④ 研修内容については、研修予定内容がわかるよう簡潔に記入するとともに、予定している研修レジュメ等を必ず添付してください。(添付がない場合は評価の対象としません)
- ⑤ 研修対象者については、「新規採用者」「実務経験〇年以上の者」等、簡潔に記入してください。
- ⑥ 参加延人数については、例えば5日間で各10人の場合は「50人」(5日×10人)と延人員を記入してください。
- ⑦ 研修時間数については、1人当たりの延時間数で記入(延時間数が30分未満は切捨て、30分以上は切上げ)して下さい。例えば1人当たりが5日間で各5時間30分の場合は、「5日 28時間」(5日×5時間30分=27時間30分→28時間)と記載してください。
- ※ 自社自らの社内研修以外の派遣研修(認定機関の研修へ社として参加させた場合)も評価対象としますので、必ず記入してください。
- ※ この用紙への記入の際、記入欄が不足する場合は、コピーして記入して下さい。
- ※ 警備業法に基づく法定研修は評価の対象としないが、本様式に基づき報告を求める。

研修実施計画書(適正な履行を確保するための研修)

(様式 2-1)

① 研修予定期間		② 研修予定名	③研修予定場所	④研修予定内容	⑤研修予定対象者	⑥参加予定延人数 (人)	⑦研修予定時間数(1人当たり)	
平成年月日から	平成年月日まで						日数 (日)	延時間 (時間)

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

宛 先 豊中市病院事業管理者

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

(記入上の注意)

- ①研修予定期間については、契約期間の初日から1年以内に終了する予定の研修について記入してください。
 - ②研修予定名については、「新規採用者教育研修」「中堅者技術向上研修」「個人情報取扱研修」等、簡潔に記入してください。
 - ③研修予定場所については、研修場所が複数箇所の場合は、主な研修場所を記入してください。
 - ④研修予定内容については、研修予定内容がわかるよう簡潔に記入するとともに、予定している研修レジュメ等を必ず添付してください。(添付がない場合は評価の対象としません)
 - ⑤研修予定対象者については、「新規採用者」「実務経験〇年以上の者」等、簡潔に記入してください。
 - ⑥参加予定延人数については、例えば5日間で各10人の場合は「50人」(5日×10人)と延人員を記入してください。
 - ⑦研修予定時間数については、1人当たりの延時間数で記入(延時間数が30分未満は切捨て、30分以上は切上げ)して下さい。例えば1人当たりが5日間で各5時間30分の場合は、「5日 28時間」(5日×5時間30分=27時間30分→28時間)と記載してください。
- ※自社自らの社内研修以外の派遣研修(認定機関の研修へ社として参加させた場合)も評価対象としますので、必ず記入してください。
- ※この用紙への記入の際、記入欄が不足する場合は、コピーして記入して下さい。
- ※警備業法に基づく法定研修は評価の対象としないが、(様式1)に基づき報告を求める。
- ※研修実施後は研修実施報告書(様式1を複写して使用)により報告してください。

委託業務履行実績証明書

(様式2-2)

年 月 日

(発注者名)

申込者 所在地
商号又は名称
代表者職氏名 印
(提出先) 市立豊中病院

下記のとおり履行実績があることを証明してください。

委託業務名	
履行場所	
履行施設名	
契約金額	
契約期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
履行完了期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
業務概要	

(記入上の注意)

- ①病床数500床以上の病院において、過去5年間(平成25年4月1日から平成30年3月31日まで)に履行が完了した清掃業務を元請けとして2年以上継続して履行した実績を評価する。
- ②対象となる契約
契約期間が1年以上であり、その履行が完了していること。
但し、契約期間が複数年(1年を超え2年未満のものを含む)の場合は、その内、1年以上履行が完了していること。
- ③実績の対象となる契約の履行期間が1年を超える場合は、**1年間に相当する額**とする。
- ④実績の対象となる契約は、官庁実績・民間実績の別は問いませんが、必ず発注者から直接受注した実績(元請)に限ります。
- ⑤履行場所は、「大阪府豊中市」のように、都道府縣市町村名まで記入してください。
- ⑥履行施設名は、「市立豊中病院」、「豊中市役所庁舎」のように記入してください。
- ⑦契約金額は、取引に係る消費税及び地方消費税を含めてください。
- ⑧業務概要は、清掃、総合管理等具体的に記入してください。

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

証明者 所在地
商号又は名称
代表者職氏名 印

配置予定業務責任者等の資格・経験

(様式3-1)

契約業務の名称			
従事役職		業務責任者	
配置予定者の氏名			
資格・免許等の名称		登録番号	取得(交付)年月日
病院清掃受託責任者資格講習			
配置予定者の業務経歴	業務の名称		
	従事役職		
	発注機関名		
	履行場所		
	契約期間		
	業務の概要		
	業務の名称		
	従事役職		
	発注機関名		
	履行場所		
	契約期間		
	業務の概要		
	業務の名称		
	従事役職		
	発注機関名		
	履行場所		
	契約期間		
	業務の概要		

- 1 評価時に届け出た「配置予定業務責任者等」は、当該契約業務の履行が開始されることから配置しなければならない。ただし、その者が退職、病気等、止むを得ない理由により、あらかじめ本市に「配置予定業務責任者等」の変更を届け出て、本市の承諾を得た場合は、変更することができる（資料2の別紙3「①適正な履行を確保するための業務体制」を参照）。
- 2 業務責任者は、病院清掃受託責任者の講習を受講終了し、医療機関の清掃業務について3年以上の実務経験及び業務委託仕様書5.1)各号に掲げる事項の知識を有する者であること。
- 3 この書類(様式3)は、1人当たり1枚ずつ提出してください(2人以上を届出の場合は、この用紙をコピーして使用してください)。
- 4 「資格・免許等の名称」は、本業務に対応する国家資格等の主なものを記入し、当該資格証の写しを提出してください。
- 5 「配置予定者の業務経歴」は、過去の業務経歴の内、医療機関の清掃業務について3年以上の実務経験が分かるように記入して下さい(記入欄が不足する場合は、コピーして記入して下さい)。
- 6 「配置予定者の業務経歴」の中の「業務の概要」は、病院病棟清掃、病院外来清掃、空気環境測定等のように、当該契約に含まれている業務の内容がわかるように簡潔に記入して下さい。

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

宛先 豊中市病院事業管理者

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

配置予定業務責任者等の資格・経験

(様式3-2)

契約業務の名称			
従事役職		該当を○で囲む 副業務責任者・その他()	
配置予定者の氏名			
資格・免許等の名称		登録番号	取得(交付)年月日
配置予定者の業務経歴	業務の名称		
	従事役職		
	発注機関名		
	履行場所		
	契約期間		
	業務の概要		
	業務の名称		
	従事役職		
	発注機関名		
	履行場所		
	契約期間		
	業務の概要		
	業務の名称		
	従事役職		
	発注機関名		
履行場所			
契約期間			
業務の概要			

- この書類(様式3)でいう、「配置予定業務責任者等」とは、責任者が不在のときはその職務を代理する者を含むものとし、副業務責任者・主任等の役職名は問わない。
- 評価時に届け出た「配置予定業務責任者等」は、当該契約業務の履行が開始されることから配置しなければならない。ただし、その者が退職、病気等、止むを得ない理由により、あらかじめ本市に「配置予定業務責任者等」の変更を届け出て、本市の承諾を得た場合は、変更することができる(資料2の別紙3「①適正な履行を確保するための業務体制」を参照)。
- この書類(様式3)は、1人当たり1枚ずつ提出してください(2人以上を届出の場合は、この用紙をコピーして使用してください)。
- 「資格・免許等の名称」は、本業務に対応する国家資格等の主なものを記入し、当該資格証の写しを提出してください。
- 「配置予定者の業務経歴」は、過去の業務経歴の内、主なものから3件以内で記入して下さい。
- 「配置予定者の業務経歴」の中の「業務の概要」は、事務所清掃、空気環境測定、飲料水の水質検査、施設常駐警備等のように、当該契約に含まれている業務の内容がわかるように簡潔に記入して下さい。

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

宛先 豊中市病院事業管理者

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

作業員名簿

宛先 豊中市病院事業管理者

所在地
住 所
商号又は名称
代表者職氏名

印

業 務 内 容	役職名	氏 名	資格の有無	作業時間 (時期)	病院経験	通算期間 (ヶ月)
(例) 日常清掃	業務責任者	豊中 太郎	病院清掃受託責任者講習修了 ビルクリーニング技能士	9時～17時	平成25年4月1日～平成26年3月31日 平成27年4月1日～平成28年3月31日	24ヶ月

※病院経験者は正規・非正規等の雇用形態を問わない。

雇用予定者数 名 (うち病院経験者数 名)

既雇用者の継続雇用促進に関する提案書

(様式 4)

既に雇用されている従事者(本業務で評価対象となった新規雇用予定者以外の者をいう。本項目において「既雇用者」という。)に対する継続雇用促進に対する提案。				
1 今回に新たに契約予定者となった企業に対する確認				
(1) 契約期間中における確認事項				
① 一定の雇用期間を定めている労働者の雇用期間が満了した場合に、本人が同一職場で継続雇用を希望したときは、優先的に雇用を継続する。				
② 本人が貴社の他の勤務先を希望したときは、本人の希望がかなうよう配慮する。				
(2) 前回の契約企業で雇用されていた労働者が、貴社での雇用を望んだ際には、本人の希望がかなうよう配慮する。				
2 前回に引き続き契約予定者となった企業に対する確認				
(1) 本人が継続雇用を希望した場合は、本人の希望がかなうよう配慮する。				
(2) 本人が貴社の他の勤務先を希望した場合は、本人の希望がかなうよう配慮する。				
(3) 契約期間中において、一定の雇用期間を定めている労働者の雇用期間が満了した場合に、本人が同一職場で継続雇用を希望した場合は、優先的に雇用を継続する。				
3 次回入札時において、同一物件を落札した場合の確認				
① 本人が同一職場で継続雇用を希望したときは、優先的に雇用を継続する。				
② 本人が貴社の他の勤務先を希望したときは、本人の希望がかなうよう配慮する。				
4 次回入札時において同一物件を落札できなかった場合の確認				
① 本人が同一職場での勤務を望んだ際には、新規企業との調整を行ない、本人の希望が考慮されるよう配慮する。				
② 本人が貴社の他の勤務先を希望したときは、本人の希望がかなうよう配慮する。				
※ 以上の内容を確認する、又は確認しない。	確認する		確認しない	

上記のとおり提案します。

年 月 日

宛先 豊中市病院事業管理者

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

(記入上の注意)

- ① 記入に当たっては、本提案書をよく読んで、「確認する」又は「確認しない」のいずれかを必ず○で囲んでください。
- ② 必要に応じて、市の関係部局によるヒアリングを行うことがあります。

知的障害者新規雇用予定者数報告書

(様式 5-1)

1週あたりの労働時間が30時間以上の新規雇用予定者	A 知的障害者の新規雇用者 Aの内、豊中市に居住している場合は、「豊中」と記入 ※雇用予定者ごとに、「1」人と記入。	B Aの内、重度知的障害者 ※Aの雇用予定者の内、重度障害者の場合には「2」人と記入。	C Aの内、Bの重度障害者以外の知的障害者 ※Aの雇用予定者の内、重度障害者以外の場合には「1」人と記入。	/	D Aの内、豊中市内に居住している知的障害者 ※Aの雇用予定者の内、豊中市内に居住している者に「1」人と記入。	E 知的障害者の新規雇用予定者の点数 E = (B+C) × 7 + D × 3
		人	人		人	人
		人	人		人	人
		人	人		人	人
		人	人		人	人
1週あたりの労働時間が5時間以上、30時間未満の新規雇用予定者(以下「短時間労働者」という。)	F 知的障害者の新規雇用者 Fの内、豊中市に居住している場合は、「豊中」と記入 ※1週あたりの労働時間数を記入	G Fの内、重度知的障害者 ※Fの雇用予定者の内、重度障害者の場合には、Fの時間数に「2」を乗じた時間数を記入。	H Fの内、Gの重度障害者以外の知的障害者 ※Fの雇用予定者の内、重度障害者以外の場合には、Fの時間数をそのまま記入。	I 短時間労働者数 ※Gの時間数合計とHの時間数合計を30時間で除して算出する(小数点未満は切り捨て)	J Fの内、豊中市内に居住している知的障害者 ※Fの内、豊中市内に居住している雇用予定者の場合は、当該Fの時間数合計を30時間で除して算出する(小数点未満は切り捨て)	K 知的障害者(短時間労働者)の新規雇用予定者の点数 K = I × 7 + J × 4
		時間	時間	時間	人	人
		時間	時間	時間		
		時間	時間	時間		
		時間	時間	時間		
		時間	時間	時間		
		時間	時間	時間		
新規雇用予定者の合計人数 (A + F)			人	合計 E + K (17点限度)		点

新規雇用予定者の就業予定先及び具体的な業務内容等について	
(就業予定先)	(業務内容及び人数)

上記のとおり相違ありません。なお、当該新規雇用予定人数については、平成30年11月1日までに確実に充足することとします。また、雇用予定者に変更(評価点が減少する場合は認めない。)が生じた場合は、その都度、速やかに報告します。

年 月 日

宛先 豊中市病院事業管理者

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

(記入上の注意)

- ① 当該項目は、知的障害者の雇用(本社又は当該現場等、就業先の別は問わない)を予定している場合の人員を記入してください。
- ② 記入に当たっては、「資料2の別紙7-1-1」をよく読んで記入して下さい。
- ③ A欄~H欄の記入は、各行ごとに、新規雇用予定者1人ずつ記入して下さい。
- ④ 就業予定先等については、知的障害者を新規雇用するために予定している具体的な就業先(本社又は現場等、就業先の別を問わない)や業務の概要や貴社の考え方を記載してください。
なお、本業務について「落札候補者」となった場合、次に掲げる事項を必ず行うこと。
ア 本報告書に基づき、平成30年11月1日までに新規雇用知的障害者を就業場所へ配置を行うこと。
イ 本報告書に基づき、総合評価一般競争入札説明書で指定した日までに知的障害者新規雇用予定者名簿(様式5-2)を提出すること。
ウ イの名簿記載の者が知的障害者であることを証する書類を当該名簿とあわせて提出すること。(例:療育手帳(写)、支援費制度に基づく受給者証(写)、大阪府知的障害者サポートセンター発行の判定書(写)等)
エ イの名簿記載の者の雇用の事実を証する書類を当該名簿とあわせて提出すること。(例:雇用契約書(写)、労働条件通知書(写)等)

知的障害者新規雇用予定者数報告書（記載例）

（様式 5-1）

1週あたりの労働時間が30時間以上の新規雇用予定者	A 知的障害者の新規雇用者 ※Aの内、豊中市に居住している場合は、「豊中」と記入		B Aの内、重度知的障害者 ※Aの雇用予定者の内、重度障害者の場合には「2」人と記入		C Aの内、Bの重度障害者以外の知的障害者 ※Aの雇用予定者の内、重度障害者以外の場合には「1」人と記入		D Aの内、豊中市内に居住している知的障害者 ※Aの雇用予定者の内、豊中市内に居住している者に「1」人と記入		E 知的障害者の新規雇用予定者の点数 E = (B+C) × 7 + D × 3	
	豊中	1	人		人	1	人		1	人
	豊中	1	人	2	人		人		1	人
			人		人		人			人
										人
									27	点

1週あたりの労働時間が5時間以上、30時間未満の新規雇用予定者（以下「短時間労働者」という。）	F 知的障害者の新規雇用者 ※1週あたりの労働時間数を記入		G Fの内、重度知的障害者 ※Fの雇用予定者の内、重度障害者の場合には、Fの時間数に「2」を乗じた時間数を記入		H Fの内、Gの重度障害者以外の知的障害者 ※Fの雇用予定者の内、重度障害者以外の場合には、Fの時間数をそのまま記入		I 短時間労働者数 ※Gの時間数合計とHの時間数合計を加算し、その数を30時間で除して算出する（小数点未満は切り捨て）		J Fの内、豊中市内に居住している知的障害者 ※Fの内、豊中市内に居住している雇用予定者の場合は、当該Fの時間数合計を30時間で除して算出する（小数点未満は切り捨て）		K 知的障害者（短時間労働者）の新規雇用予定者の点数 K = I × 7 + J × 4	
			時間		時間		時間					
			時間		時間		時間					
			時間		時間		時間					
			時間		時間		時間					
			時間		時間		時間					
新規雇用予定者の合計人数（A + F）				2	人	合計 E + K（17点限度）				17	点	

新規雇用予定者の就業予定先及び具体的な業務内容等について	
（就業予定先）	（業務内容及び人数）
〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号 当社大阪支店 総務部	庶務事務 1名
豊中市〇〇町〇〇町〇丁目〇番〇号 豊中市立〇〇センター	清掃業務 1名

上記のとおり相違ありません。なお、当該新規雇用予定人数については、平成30年11月1日までに確実に充足することとします。また、雇用予定者に変更（評価点が減少する場合は認めない。）が生じた場合は、その都度、速やかに報告します。

年 月 日

宛先 豊中市病院事業管理者

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

（記入上の注意）

- ① 当該項目は、知的障害者の雇用（本社又は当該現場等、就業先の別は問わない）を予定している場合の人員を記入してください。
- ② 記入に当たっては、「資料2の別紙7-1-1」をよく読んで記入して下さい。
- ③ A欄～H欄の記入は、各行ごとに、新規雇用予定者1人ずつ記入して下さい。
- ④ 就業予定先等については、知的障害者を新規雇用するために予定している具体的な就業先（本社又は現場等、就業先の別を問わない）や業務の概要や貴社の考え方を記載してください。
なお、本業務について「落札候補者」となった場合、次に掲げる事項を必ず行うこと。
ア 本報告書に基づき、平成30年11月1日までに新規雇用知的障害者を就業場所へ配置を行うこと。
イ 本報告書に基づき、総合評価一般競争入札説明書で指定した日までに知的障害者新規雇用予定者名簿（様式5-2）を提出すること。
ウ イの名簿記載の者が知的障害者であることを証する書類を当該名簿とあわせて提出すること。（例：療育手帳（写）、支援費制度に基づく受給者証（写）、大阪府知的障害者サポートセンター発行の判定書（写）等）
エ イの名簿記載の者の雇用の事実を証する書類を当該名簿とあわせて提出すること。（例：雇用契約書（写）、労働条件通知書（写）等）

知的障害者新規雇用予定者名簿

(様式 5 - 2)

番号	氏名	居住地	障害の種別	重度	採用予定年月日	雇用期間		勤務日数 1週あたりの勤務日数	勤務時間			有給休暇		賃金 1時間あたり	賞与、諸手当等	加入保険		就業場所及び業務種別
						有無	有の場合、雇用期間		始業就業	内、実働	内、休憩	年次休暇	特別休暇			種類	有無	
1																労災保険		
																雇用保険		
																厚生年金		
																健康保険		
2																労災保険		
																雇用保険		
																厚生年金		
																健康保険		
3																労災保険		
																雇用保険		
																厚生年金		
																健康保険		
4																労災保険		
																雇用保険		
																厚生年金		
																健康保険		

上記のとおり相違ありません。なお、雇用予定者に変更（評価点が減少する場合は認めない。）が生じた場合は、その都度、速やかに報告します。

年 月 日

宛先 豊中市病院事業管理者

所在地 _____

商号又は名称 _____

代表者職氏名 _____ 印

(記入上の注意)

- ① 記入に当たっては、「資料2の別紙7-1-1」をよく読んで記入して下さい。
- ② 記入は、1行ごとに雇用予定者1名ずつ記入して下さい。また、用紙が足りない場合はこの用紙をコピーして使用して下さい。
- ③ 記入に当たっては、知的障害者新規雇用予定者数報告書（様式 5 - 1）に記載した内容に基づいて記入して下さい。
- ④ 重度の欄は、重度知的障害者（療育手帳の障害の程度がA）の場合は、「○」と記入して下さい。
- ⑤ 雇用期間は、期間の定めがある場合には、必ず雇用期間（資料2の別紙7-1-1の「注意事項・本項目でいう常用雇用労働者とは」を参照）を記入して下さい。
- ⑥ 諸手当欄は、支給対象の賞与、通勤手当、扶養手当、等の諸手当の名称を記入して下さい。
- ⑦ 加入保険欄は、該当する社会保険制度の右の有無欄に「有」と記入（無い場合は無記入）して下さい。

知的障害者新規雇用予定者名簿（記載例）

（様式5-2）

番号	氏名	居住地	障害の種別	重度	採用予定年月日	雇用期間		勤務日数 1週あたりの勤務日数	勤務時間			有給休暇		賃金 1時間あたり	賞与、諸手当等	加入保険		就業場所 及び 業務種別
						有無	有の場合、 雇用期間		始業 就業	内、 実働	内、 休憩	年次 休暇	特別 休暇			種類	有無	
1	豊中 一郎	豊中市	知的		25年4月1日	有	1年0か月	週5日	09:00	06:00	00:45	年10日	病気休暇 服喪休暇	800円	賞与	労災保険	有	〇〇市〇〇町〇丁目 〇番〇号 当社大阪支店総務部 庶務事務
									～						通勤手当	雇用保険	有	
									15:45						扶養手当	厚生年金	有	
		健康保険	有															
2	蛭池 花子	豊中市	知的	○	25年4月1日	有	1年0か月	週5日	09:00	06:00	00:45	年10日	病気休暇 服喪休暇	900円	賞与	労災保険	有	豊中市立〇〇センター 清掃業務
									～						通勤手当	雇用保険	有	
									15:45						扶養手当	厚生年金	有	
		健康保険	有															
3									～						労災保険			
														雇用保険				
														厚生年金				
	健康保険																	
4									～						労災保険			
														雇用保険				
														厚生年金				
		健康保険																

上記のとおり相違ありません。なお、雇用予定者に変更（評価点が減少する場合は認めない。）が生じた場合は、その都度、速やかに報告します。

年 月 日

宛先 豊中市病院事業管理者

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

（記入上の注意）

- ① 記入に当たっては、「資料2の別紙7-1-1」をよく読んで記入して下さい。
- ② 記入は、1行ごとに雇用予定者1名ずつ記入して下さい。また、用紙が足りない場合はこの用紙をコピーして使用して下さい。
- ③ 記入に当たっては、知的障害者新規雇用予定者数報告書（様式 5-1）に記載した内容に基づいて記入して下さい。
- ④ 重度の欄は、重度知的障害者（療育手帳の障害の程度がA）の場合は、「○」と記入して下さい。
- ⑤ 雇用期間は、期間の定めがある場合には、必ず雇用期間（資料2の別紙7-1-1の「注意事項・本項目でいう常用雇用労働者とは」を参照）を記入して下さい。
- ⑥ 諸手当欄は、支給対象の賞与、通勤手当、扶養手当、等の諸手当の名称を記入して下さい。
- ⑦ 加入保険欄は、該当する社会保険制度の右の有無欄に「有」と記入（無い場合は無記入）して下さい。

知的障害者の継続雇用等に関する提案書

①平成25年度に実施した当該施設の総合評価一般競争入札により清掃業務に従事している知的障害者1名に対する継続雇用等に対する提案

1. 今年度の対応に対する確認事項		
(1) 前回に引き続き契約予定者となった企業に対する確認		
① 当該施設で就業している知的障害者1名が継続雇用を希望した場合は、優先的に雇用を継続する。		
② 当該施設で就業している知的障害者1名が貴社の契約施設で他の就業先を希望した場合は、優先的に本人の希望がかなうよう配慮する。		
(2) 新たに契約予定者となった企業に対する確認		
① 当該施設で就業している知的障害者1名が同一施設での勤務を望んだ際には、前回契約企業との調整を行い本人の希望が考慮されるよう配慮する。		
2. 次回への対応に対する確認事項		
(1) 次回において同一施設を落札したときの対応		
① 当該施設で就業している知的障害者が継続雇用を希望した場合は、優先的に雇用を継続する。		
② 当該施設で就業している知的障害者が貴社の契約施設で他の就業先を希望した場合は、優先的に本人の希望がかなうよう配慮する。		
(2) 次回において同一施設を落札できなかったときの対応		
① 当該施設で就業している知的障害者が同一施設での勤務を望んだ際には新規企業との調整を行い、本人の希望が考慮されるよう配慮する。		
② 当該施設で就業している知的障害者が貴社の契約施設で他の就業先を希望した場合は、優先的に本人の希望がかなうよう配慮する。		
3. 清掃業務に知的障害者が従事しなくなった場合の対応		
当該施設において清掃業務に従事している知的障害者1名が継続雇用を希望しない場合など、当該施設において知的障害者が清掃業務に従事しなくなった場合は、事実発生の日から1ヶ月以内に新たに障害者を1名配置する。		
※雇用される障害者は、常時雇用関係(1週間あたりの労働時間が30時間以上で、期間の定めなく雇用される者。)にある者を対象とし、臨時的又は一時的に雇用された者及び定期清掃業務等(日常清掃業務以外の業務)にのみ就業させる者を除きます。		
※上記1から3の内容を確認する、又は確認しない。(いずれかの項目に○を記入)		確認する
		確認しない

(4)平成25年度以降に実施した市の総合評価一般競争入札により雇用した知的障害者に対する本件入札日の前日以前3年間の解雇実績(本人の責めに帰すべき理由等により解雇した場合を除く)の有無
解雇実績がある場合は、以下の欄に必要事項を記入すること。

解雇した年月日	平成 年 月 日	解雇した現場名	解雇人数	人	解雇理由
---------	----------	---------	------	---	------

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

宛先 豊中市病院事業管理者

所在地 _____

商号又は名称 _____

代表者職氏名 _____ 印

(記入上の注意)

※上記1～3に承諾する提案がない場合は「知的障害者の継続雇用」の評価点(8点)は0点とする。

※上記4は、解雇実績がある場合に記入すること。なお解雇実績がある場合は、評価点は4点とする。

※当該施設とは、市立豊中病院をいう。

精神障害者新規雇用予定者数報告書

(様式 6-1)

1週あたりの労働時間が30時間以上の新規雇用予定者	A 精神障害者の新規雇用者 Aの内、豊中市に居住している場合は、「豊中」と記入 ※雇用予定者ごとに、「1」人と記入。	/	B Aの内、豊中市内に居住している精神障害者 ※Aの雇用予定者の内、豊中市内に居住している者に「1」人と記入。	C 精神障害者の新規雇用予定者の点数 $C = A \times 7 + B \times 3$	点
	人	人	人	人	
	人	人	人	人	
	人	人	人	人	
	人	人	人	人	
1週あたりの労働時間が5時間以上、30時間未満の新規雇用予定者（以下「短時間労働者」という。）	D 精神障害者の新規雇用者 Dの内、豊中市に居住している場合は、「豊中」と記入 ※1週あたりの労働時間を記入	E 短時間労働者数 ※Dの時間数合計を30時間で除して算出する（小数点未満は切り捨て）	F Dの内、豊中市内に居住している精神障害者 ※Dの内、豊中市内に居住している雇用予定者の時間数合計を30時間で除して算出する（小数点未満は切り捨て）	G 精神障害者（短時間労働者）の新規雇用予定者の点数 $G = E \times 7 + F \times 4$	点
	時間	人	人	人	
	時間	人	人	人	
	時間	人	人	人	
	時間	人	人	人	
	時間	人	人	人	
新規雇用予定者の合計人数 (A+D)		人	合計C+G (17点限度)		点

新規雇用予定者の就業予定先及び具体的な業務内容等について	
(就 業 予 定 先)	(業 務 内 容 及 び 人 数)

上記のとおり相違ありません。なお、当該新規雇用予定人数については、平成30年11月1日までに確実に充足することとします。なお、雇用予定者に変更（評価点が減少する場合は認めない。）が生じた場合は、その都度、速やかに報告します。

年 月 日
宛 先 豊中市病院事業管理者

所在地 _____
商号又は名称 _____
代表者職氏名 _____ 印

- (記入上の注意)
- ① 当該項目は、精神障害者の雇用（本社又は当該現場等、就業先の別は問わない）を予定している場合の人員を記入してください。
 - ② 記入に当たっては、「資料2の別紙7-2-1」をよく読んで記入して下さい。
 - ③ A欄～D欄の記入は、各行ごとに、新規雇用予定者1人ずつ記入して下さい。
 - ④ 就業予定先等については、精神障害者を新規雇用するために予定している具体的な就業先（本社又は現場等、就業先の別を問わない）や業務の概要や貴社の考え方を記載してください。
 なお、本業務について「落札候補者」となった場合、次に掲げる事項を必ず行うこと。
- ア 本報告書に基づき、平成30年11月1日までに新規雇用精神障害者を就業場所へ配置を行うこと。
 イ 本報告書に基づき、総合評価一般競争入札説明書で指定した日までに精神障害者新規雇用予定者名簿（様式6-2）を提出すること。
 ウ イの名簿記載の者が精神障害者であることを証する書類を当該名簿とあわせて提出すること。（例： 精神障害者保健福祉手帳（写）、支援費制度に基づく受給者証（写）、等）
 エ イの名簿記載の者の雇用の事実を証する書類を当該名簿とあわせて提出すること。（例： 雇用契約書（写）、労働条件通知書（写）等）

精神障害者新規雇用予定者数報告書（記載例）

（様式 6-1）

1週あたりの労働時間が30時間以上の新規雇用予定者	A 精神障害者の新規雇用者 Aの内、豊中市に居住している場合は、「豊中」と記入 ※雇用予定者ごとに、「1」人と記入。			/		B Aの内、豊中市内に居住している精神障害者 ※Aの雇用予定者の内、豊中市内に居住している者に「1」人と記入。		C 精神障害者の新規雇用予定者の点数 C = A × 7 + B × 3	
	豊中	1	人			1	人	10	点
			人				人		
			人				人		
			人				人		
1週あたりの労働時間が5時間以上、30時間未満の新規雇用予定者（以下「短時間労働者」という。）	D 精神障害者の新規雇用者 Dの内、豊中市に居住している場合は、「豊中」と記入 ※1週あたりの労働時間を記入			E 短時間労働者数 ※Dの時間数合計を30時間で除して算出する（小数点未満は切り捨て）		F Dの内、豊中市内に居住している精神障害者 ※Dの内、豊中市内に居住している雇用予定者の時間数合計を30時間で除して算出する（小数点未満は切り捨て）		G 精神障害者（短時間労働者）の新規雇用予定者の点数 G = E × 7 + F × 3	
	豊中	25	時間	2	人	1	人	17	点
	豊中	20	時間						
		20	時間						
			時間						
			時間						
		時間							
新規雇用予定者の合計人数（A+D）			4	人	合計 C+G（17点限度）		17	点	

新規雇用予定者の就業予定先及び具体的な業務内容等について	
（就業予定先）	（業務内容及び人数）
△△市△△町△丁目△番△号 当社大阪支店 管理部	資材管理事務 2名
豊中市中桜塚3丁目1番1号 豊中市役所 本庁舎	清掃業務 1名
豊中市〇〇町〇〇町〇丁目〇番〇号 豊中市立〇〇センター	清掃業務 1名

上記のとおり相違ありません。なお、当該新規雇用予定人数については、平成30年11月1日までに確実に充足することとします。なお、雇用予定者に変更（評価点が減少する場合は認めない。）が生じた場合は、その都度、速やかに報告します。

年 月 日

宛 先 豊中市病院事業管理者

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

（記入上の注意）

- ① 当該項目は、精神障害者の雇用（本社又は当該現場等、就業先の別は問わない）を予定している場合の人員を記入してください。
 - ② 記入に当たっては、「資料2の別紙7-2-1」をよく読んで記入して下さい。
 - ③ A欄～D欄の記入は、各行ごとに、新規雇用予定者1人ずつ記入して下さい。
 - ④ 就業予定先等については、精神障害者を新規雇用するために予定している具体的な就業先（本社又は現場等、就業先の別を問わない）や業務の概要や貴社の考え方を記載してください。
なお、本業務について「落札候補者」となった場合、次に掲げる事項を必ず行うこと。
- ア 本報告書に基づき、平成30年11月1日までに新規雇用精神障害者を就業場所へ配置を行うこと。
イ 本報告書に基づき、総合評価一般競争入札説明書で指定した日までに精神障害者新規雇用予定者名簿（様式6-2）を提出すること。
ウ イの名簿記載の者が精神障害者であることを証する書類を当該名簿とあわせて提出すること。（例：精神障害者保健福祉手帳（写）、支援費制度に基づく受給者証（写）、等）
エ イの名簿記載の者の雇用の事実を証する書類を当該名簿とあわせて提出すること。（例：雇用契約書（写）、労働条件通知書（写）等）

精神障害者新規雇用予定者名簿

(様式 6 - 2)

番号	氏名	居住地	障害の種別	採用予定年月日	雇用期間		⑦勤務日数	勤務時間			有給休暇		⑩賃金	加入保険		就業場所及び業務種別
					有無	有の場合は、雇用期間		始業就業	内、実働	内、休憩	年次休暇	特別休暇		種類	有無	
1													⑩賃金	労災保険		
													雇用保険			
													厚生年金			
													健康保険			
2													⑩賃金	労災保険		
													雇用保険			
													厚生年金			
													健康保険			
3													⑩賃金	労災保険		
													雇用保険			
													厚生年金			
													健康保険			
4													⑩賃金	労災保険		
													雇用保険			
													厚生年金			
													健康保険			

上記のとおり相違ありません。なお、雇用予定者に変更（評価点が減少する場合は認めない。）が生じた場合は、その都度、速やかに報告します。

年 月 日

宛 先 豊中市病院事業管理者

所在地 _____

商号又は名称 _____

代表者職氏名 _____ 印

(記入上の注意)

- ① 記入に当たっては、「資料2の別紙7-2-1」をよく読んで記入して下さい。
- ② 記入は、1行ごとに雇用予定者1名ずつ記入して下さい。また、用紙が足りない場合はこの用紙をコピーして使用して下さい。
- ③ 記入に当たっては、精神障害者新規雇用予定者数報告書（様式 6 - 1）に記載した内容に基づいて記入して下さい。
- ④ 雇用期間は、支給対象の期間の定めがある場合には、必ず雇用期間（資料2の別紙7-2-1の「注意事項・本項目でいう常用雇用労働者とは」を参照）を記入して下さい。
- ⑤ 諸手当欄は、賞与、通勤手当、扶養手当、等の諸手当の名称を記入して下さい。
- ⑥ 加入保険欄は、該当する社会保険制度の右の有無欄に「有」と記入（無い場合は無記入）して下さい。

精神障害者新規雇用予定者名簿（記載例）

（様式6-2）

番号	氏名	居住地	障害の種別	採用予定年月日	雇用期間		⑦勤務日数	勤務時間			有給休暇		⑩賃金	加入保険		就業場所及び業務種別
					有無	有の場合は、雇用期間		始業就業	内、実働	内、休憩	年次休暇	特別休暇		種類	有無	
1	岡町 二郎	豊中市	精神	25年4月1日	無		週5日	08:00	06:00	00:45	年10日	病気休暇 服喪休暇	時間800円	労災保険	有	豊中市役所 本庁舎 清掃業務
								～						雇用保険	有	
								14:45						厚生年金	有	
	健康保険	有														
2	曾根 さくら	豊中市	精神	25年4月1日	無		週5日	09:00	05:00	00:30	年10日	病気休暇 服喪休暇	時間800円	労災保険	有	豊中市立〇〇センター 清掃業務
								～						雇用保険	有	
								14:30						厚生年金	有	
	健康保険	有														
3	服部 三郎	豊中市	精神	25年4月1日	無		週5日	08:00	04:00	00:30	年10日	病気休暇 服喪休暇	時間900円	労災保険	有	△△市△△町△丁目 △番△号 当社大阪支店 管理部 資材管理事務
								～						雇用保険	有	
								12:30						厚生年金	有	
	健康保険	有														
4	箕面 もみじ	箕面市	精神	25年4月1日	無		週5日	12:30	04:00	00:30	年10日	病気休暇 服喪休暇	時間900円	労災保険	有	△△市△△町△丁目 △番△号 当社大阪支店 管理部 資材管理事務
								～						雇用保険	有	
								17:00						厚生年金	有	
	健康保険	有														

上記のとおり相違ありません。なお、雇用予定者に変更（評価点が減少する場合は認めない。）が生じた場合は、その都度、速やかに報告します。

年 月 日

宛 先 豊中市病院事業管理者

所在地 _____

商号又は名称 _____

代表者職氏名 _____ 印

（記入上の注意）

- ① 記入に当たっては、「資料2の別紙7-2-1」をよく読んで記入して下さい。
- ② 記入は、1行ごとに雇用予定者1名ずつ記入して下さい。また、用紙が足りない場合はこの用紙をコピーして使用してください。
- ③ 記入に当たっては、精神障害者新規雇用予定者数報告書（様式 6-1）に記載した内容に基づいて記入して下さい。
- ④ 雇用期間は、支給対象の期間の定めがある場合には、必ず雇用期間（資料2の別紙7-2-1の「注意事項・本項目でいう常用雇用労働者とは」を参照）を記入して下さい。
- ⑤ 諸手当欄は、賞与、通勤手当、扶養手当、等の諸手当の名称を記入して下さい。
- ⑥ 加入保険欄は、該当する社会保険制度の右の有無欄に「有」と記入（無い場合は無記入）して下さい。

精神障害者の継続雇用等に関する提案書

①平成25年度に実施した当該施設の総合評価一般競争入札により清掃業務に従事している精神障害者1名に対する継続雇用等に対する提案

1. 今年度の対応に対する確認事項		
(1) 前回に引き続き契約予定者となった企業に対する確認		
① 当該施設で就業している精神障害者1名が継続雇用を希望した場合は、優先的に雇用を継続する。		
② 当該施設で就業している精神障害者1名が貴社の契約施設で他の就業先を希望した場合は、優先的に本人の希望がかなうよう配慮する。		
(2) 新たに契約予定者となった企業に対する確認		
① 当該施設で就業している精神障害者1名が同一施設での勤務を望んだ際には、前回契約企業との調整を行い本人の希望が考慮されるよう配慮する。		
2. 次回の対応に対する確認事項		
(1) 次回において同一施設を落札したときの対応		
① 当該施設で就業している精神障害者が継続雇用を希望した場合は、優先的に雇用を継続する。		
② 当該施設で就業している精神障害者が貴社の契約施設で他の就業先を希望した場合は、優先的に本人の希望がかなうよう配慮する。		
(2) 次回において同一施設を落札できなかったときの対応		
① 当該施設で就業している精神障害者が同一施設での勤務を望んだ際には新規企業との調整を行い、本人の希望が考慮されるよう配慮する。		
② 当該施設で就業している精神障害者が貴社の契約施設で他の就業先を希望した場合は、優先的に本人の希望がかなうよう配慮する。		
3. 清掃業務に精神障害者が従事しなくなった場合の対応		
当該施設において清掃業務に従事している精神障害者1名が継続雇用を希望しない場合など、当該施設において精神障害者が清掃業務に従事しなくなった場合は、事実発生の日から1ヶ月以内に新たに障害者を1名配置する。		
※雇用される障害者は、常時雇用関係(1週間あたりの労働時間が30時間以上で、期間の定めなく雇用される者。)にある者を対象とし、臨時的又は一時的に雇用された者及び定期清掃業務等(日常清掃業務以外の業務)にのみ就業させる者を除きます。		
※上記1から3の内容を確認する、又は確認しない。(いずれかの項目に○を記入)		確認する
		確認しない

(4)平成25年度以降に実施した市の総合評価一般競争入札により雇用した精神障害者に対する本件入札日の前日以前3年間の解雇実績(本人の責めに帰すべき理由等により解雇した場合を除く)の有無
解雇実績がある場合は、以下の欄に必要事項を記入すること。

解雇した年月日	平成 年 月 日	解雇した現場名	解雇人数	人	解雇理由
---------	----------	---------	------	---	------

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

宛 先 豊中市病院事業管理者

所在地 _____

商号又は名称 _____

代表者職氏名 _____ 印

(記入上の注意)

※上記1～3に承諾する提案がない場合は「精神障害者の継続雇用」の評価点(8点)は0点とする。

※上記4は、解雇実績がある場合に記入すること。なお解雇実績がある場合は、評価点は4点とする。

※当該施設とは、市立豊中病院をいう。

身体障害者新規雇用予定者数報告書

(様式 7-1)

1 週あたりの労働時間が30時間以上の新規雇用予定者	A 身体障害者の新規雇用者 <small>Aの内、豊中市に居住している場合は、「豊中」と記入</small> <small>※雇用予定者ごとに、「1」人と記入。</small>	B Aの内、重度身体障害者 <small>※Aの雇用予定者の内、重度障害者の場合には「2」人と記入。</small>	C Aの内、Bの重度障害者以外の身体障害者 <small>※Aの雇用予定者の内、重度障害者以外の場合には「1」人と記入。</small>	D Aの内、豊中市内に居住している身体障害者 <small>※Aの雇用予定者の内、豊中市内に居住している者に「1」人と記入。</small>	E 身体障害者の新規雇用予定者の点数 $E = (B+C) \times 7 + D \times 3$	
	人	人	人	人	点	
	人	人	人	人		
	人	人	人	人		
	人	人	人	人		
人	人	人	人			
1 週あたりの労働時間が5時間以上、30時間未満の新規雇用予定者（以下「短時間労働者」という。）	F 身体障害者の新規雇用者 <small>Fの内、豊中市に居住している場合は、「豊中」と記入</small> <small>※1週あたりの労働時間数を記入</small>	G Fの内、重度身体障害者 <small>※Fの雇用予定者の内、重度障害者の場合には、Fの時間数に「2」を乗じた時間数を記入。</small>	H Fの内、Gの重度障害者以外の身体障害者 <small>※Fの雇用予定者の内、重度障害者以外の場合には、Fの時間数をそのまま記入。</small>	I 短時間労働者数 <small>※Gの時間数合計とHの時間数合計を加算し、その数を30時間で除して算出する（小数点未満は切り捨て）</small>	J Fの内、豊中市内に居住している身体障害者 <small>※Fの内、豊中市内に居住している雇用予定者の場合は、当該Fの時間数合計を30時間で除して算出する（小数点未満は切り捨て）</small>	K 身体障害者（短時間労働者）の新規雇用予定者の点数 $K = I \times 7 + J \times 3$
	時間	時間	時間	人	人	点
	時間	時間	時間	人	人	
	時間	時間	時間	人	人	
	時間	時間	時間	人	人	
	時間	時間	時間	人	人	
	時間	時間	時間	人	人	
時間	時間	時間	人	人		
新規雇用予定者の合計人数 (A + F)			人	合計 E + K (17点限度)		点

新規雇用予定者の就業予定先及び具体的な業務内容等について	
(就 業 予 定 先)	(業 務 内 容 及 び 人 数)

上記のとおり相違ありません。なお、当該新規雇用予定人数については、平成30年11月1日までに確実に充足することとします。なお、雇用予定者に変更（評価点が減少する場合は認めない。）が生じた場合は、その都度、速やかに報告します。

年 月 日
宛 先 豊中市病院事業管理者

所在地 _____
商号又は名称 _____
代表者職氏名 _____ 印

- (記入上の注意)
- ① 当該項目は、身体障害者の雇用（本社又は当該現場等、就業先の別は問わない）を計画している場合の人員を記入してください。
 - ② 記入に当たっては、「資料2の別紙7-3-1」をよく読んで記入して下さい。
 - ③ A欄～H欄の記入は、各行ごとに、新規雇用予定者1人ずつ記入して下さい。
 - ④ 就業予定先等については、身体障害者を新規雇用するために予定している具体的な就業先（本社又は現場等、就業先の別を問わない）や業務の概要を記載してください。
なお、本業務について「落札候補者」となった場合、次に掲げる事項を必ず行うこと。
 - ア 本報告書に基づき、平成30年11月1日までに新規雇用身体障害者の就業場所への配置を行うこと。
 - イ 本報告書に基づき、総合評価一般競争入札説明書で指定した日までに身体障害者新規雇用予定者名簿（様式7-2）を提出すること。
 - ウ イの名簿記載の者が身体障害者であることを証する書類を当該名簿とあわせて提出すること。（例： 身体障害者手帳（写）、支援費制度に基づく受給者証（写）、等）
 - エ イの名簿記載の者の雇用の事実を証する書類を当該名簿とあわせて提出すること。（例： 雇用契約書（写）、労働条件通知書（写）等）

身体障害者新規雇用予定者数報告書（記載例）

（様式 7-1）

1週あたりの労働時間が30時間以上の新規雇用予定者	A 身体障害者の新規雇用者 Aの内、豊中市に居住している場合は、「豊中」と記入 ※雇用予定者ごとに、「1」人と記入。		B Aの内、重度身体障害者 ※Aの雇用予定者の内、重度障害者の場合には「2」人と記入。		C Aの内、Bの重度障害者以外の身体障害者 ※Aの雇用予定者の内、重度障害者以外の場合には「1」人と記入。		/		D Aの内、豊中市内に居住している身体障害者 ※Aの雇用予定者の内、豊中市内に居住している者に「1」人と記入。		E 身体障害者の新規雇用予定者の点数 E = (B+C) × 7 + D × 3		
	豊中	1	人		人	1			人	1	人	40	点
	豊中	1	人	2	人				人	1	人		
			人		人				人		人		
		人		人		人		人					
1週あたりの労働時間が5時間以上、30時間未満の新規雇用予定者（以下「短時間労働者」という。）	F 身体障害者の新規雇用者 Fの内、豊中市に居住している場合は、「豊中」と記入 ※1週あたりの労働時間数を記入		G Fの内、重度身体障害者 ※Fの雇用予定者の内、重度障害者の場合には、Fの時間数に「2」を乗じた時間数を記入。		H Fの内、Gの重度障害者以外の身体障害者 ※Fの雇用予定者の内、重度障害者以外の場合には、Fの時間数をそのまま記入。		I 短時間労働者数 ※Gの時間数合計とHの時間数合計を加算し、その数を30時間で除して算出する（小数点未満は切り捨て）		J Fの内、豊中市内に居住している身体障害者 ※Fの内、豊中市内に居住している雇用予定者の場合は、当該Fの時間数合計を30時間で除して算出する（小数点未満は切り捨て）		K 身体障害者（短時間労働者）の新規雇用予定者の点数 K = I × 7 + J × 3		
			時間		時間		時間	人	人	点			
			時間		時間		時間						
			時間		時間		時間						
			時間		時間		時間						
			時間		時間		時間						
		時間		時間		時間							
新規雇用予定者の合計人数 (A + F)			2	人	合計 E + K (17点限度)			17	点				

新規雇用予定者の就業予定先及び具体的な業務内容等について	
(就 業 予 定 先)	(業 務 内 容 及 び 人 数)
豊中市中桜塚3丁目1番1号 豊中市役所 本庁舎	清掃業務 1名
豊中市〇〇町〇〇町〇丁目〇番〇号 豊中市立〇〇センター	清掃業務 1名

上記のとおり相違ありません。なお、当該新規雇用予定人数については、平成30年11月1日までに確実に充足することとします。なお、雇用予定者に変更（評価点が減少する場合は認めない。）が生じた場合は、その都度、速やかに報告します。

年 月 日

宛 先 豊中市病院事業管理者

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

印

（記入上の注意）

- ① 当該項目は、身体障害者の雇用（本社又は当該現場等、就業先の別は問わない）を計画している場合の人員を記入してください。
- ② 記入に当たっては、「資料2の別紙7-3-1」をよく読んで記入して下さい。
- ③ A欄～H欄の記入は、各行ごとに、新規雇用予定者1人ずつ記入して下さい。
- ④ 就業予定先等については、身体障害者を新規雇用するために予定している具体的な就業先（本社又は現場等、就業先の別を問わない）や業務の概要を記載してください。
なお、本業務について「落札候補者」となった場合、次に掲げる事項を必ず行うこと。
ア 本報告書に基づき、平成30年11月1日までに新規雇用身体障害者の就業場所への配置を行うこと。
イ 本報告書に基づき、総合評価一般競争入札説明書で指定した日までに身体障害者新規雇用予定者名簿（様式7-2）を提出すること。
ウ イの名簿記載の者が身体障害者であることを証する書類を当該名簿とあわせて提出すること。（例： 身体障害者手帳（写）、支援費制度に基づく受給者証（写）、等）
エ イの名簿記載の者の雇用の事実を証する書類を当該名簿とあわせて提出すること。（例： 雇用契約書（写）、労働条件通知書（写）等）

身体障害者新規雇用予定者名簿

(様式 7 - 2)

番号	氏名	居住地	障害の種別	重度	採用予定年月日	雇用期間		⑦勤務日数	勤務時間			有給休暇		⑩賃金	加入保険		就業場所及び業務種別
						有無	有の場合は、雇用期間		始業就業	内、実働	内、休憩	年次休暇	特別休暇		種類	有無	
1								~							労災保険		
															雇用保険		
															厚生年金		
															健康保険		
2							~								労災保険		
															雇用保険		
															厚生年金		
															健康保険		
3							~								労災保険		
															雇用保険		
															厚生年金		
															健康保険		
4							~								労災保険		
															雇用保険		
															厚生年金		
															健康保険		

上記のとおり相違ありません。なお、雇用予定者に変更（評価点が減少する場合は認めない。）が生じた場合は、その都度、速やかに報告します。

年 月 日

宛 先 豊中市病院事業管理者

所在地 _____

商号又は名称 _____

代表者職氏名 _____ 印

(記入上の注意)

- ① 記入に当たっては、「資料2の別紙7-3-1」をよく読んで記入して下さい。
- ② 記入は、1行ごとに雇用予定者1名ずつ記入して下さい。また、用紙が足りない場合はこの用紙をコピーして使用して下さい。
- ③ 記入に当たっては、身体障害者新規雇用予定者数報告書（様式 7-1）に記載した内容に基づいて記入して下さい。
- ④ 雇用期間は、支給対象の期間の定めがある場合には、必ず雇用期間（資料2の別紙7-3-1の「注意事項・本項目でいう常用雇用労働者とは」を参照）を記入して下さい。
- ⑤ 諸手当欄は、賞与、通勤手当、扶養手当、等の諸手当の名称を記入して下さい。
- ⑥ 加入保険欄は、該当する社会保険制度の右の有無欄に「有」と記入（無い場合は無記入）して下さい。

身体障害者新規雇用予定者名簿（記載例）

（様式 7 - 2）

番号	氏名	居住地	障害の種別	重度	採用予定年月日	雇用期間		⑦勤務日数	勤務時間			有給休暇		⑩賃金	加入保険		就業場所及び業務種別
						有無	有の場合は、雇用期間		始業就業	内、実働	内、休憩	年次休暇	特別休暇		種類	有無	
1	服部 四郎	豊中市	身体		25年4月1日	有	1年0ヶ月	週5日	09:00	06:00	00:45	年10日	病気休暇 服喪休暇	時間800円	労災保険	有	豊中市役所 本庁舎 清掃業務
									～						雇用保険	有	
									15:45						厚生年金	有	
	健康保険	有															
2	庄内 すみれ	豊中市	身体	○	25年4月1日	有	1年0ヶ月	週5日	09:00	06:00	00:45	年10日	病気休暇 服喪休暇	時間900円	労災保険	有	豊中市立〇〇センター 清掃業務
									～						雇用保険	有	
									15:45						厚生年金	有	
	健康保険	有															
3									～					労災保険			
														雇用保険			
														厚生年金			
	健康保険																
4									～					労災保険			
														雇用保険			
														厚生年金			
	健康保険																

上記のとおり相違ありません。なお、雇用予定者に変更（評価点が減少する場合は認めない。）が生じた場合は、その都度、速やかに報告します。

年 月 日

宛 先 豊中市病院事業管理者

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

（記入上の注意）

- ① 記入に当たっては、「資料2の別紙7-3-1」をよく読んで記入して下さい。
- ② 記入は、1行ごとに雇用予定者1名ずつ記入して下さい。また、用紙が足りない場合はこの用紙をコピーして使用して下さい。
- ③ 記入に当たっては、身体障害者新規雇用予定者数報告書（様式 7 - 1）に記載した内容に基づいて記入して下さい。
- ④ 雇用期間は、支給対象の期間の定めがある場合には、必ず雇用期間（資料2の別紙7-3-1の「注意事項・本項目でいう常用雇用労働者とは」を参照）を記入して下さい。
- ⑤ 諸手当欄は、賞与、通勤手当、扶養手当、等の諸手当の名称を記入して下さい。
- ⑥ 加入保険欄は、該当する社会保険制度の右の有無欄に「有」と記入（無い場合は無記入）して下さい。

身体障害者の継続雇用等に関する提案書

①平成25年度に実施した当該施設の総合評価一般競争入札により清掃業務に従事している身体障害者1名に対する継続雇用等に対する提案

1. 今年度の対応に対する確認事項			
(1) 前回に引き続き契約予定者となった企業に対する確認			
① 当該施設で就業している身体障害者1名が継続雇用を希望した場合は、優先的に雇用を継続する。			
② 当該施設で就業している身体障害者1名が貴社の契約施設で他の就業先を希望した場合は、優先的に本人の希望がかなうよう配慮する。			
(2) 新たに契約予定者となった企業に対する確認			
① 当該施設で就業している身体障害者1名が同一施設での勤務を望んだ際には、前回契約企業との調整を行い本人の希望が考慮されるよう配慮する。			
2. 次回の対応に対する確認事項			
(1) 次回において同一施設を落札したときの対応			
① 当該施設で就業している身体障害者が継続雇用を希望した場合は、優先的に雇用を継続する。			
② 当該施設で就業している身体障害者が貴社の契約施設で他の就業先を希望した場合は、優先的に本人の希望がかなうよう配慮する。			
(2) 次回において同一施設を落札できなかったときの対応			
① 当該施設で就業している身体障害者が同一施設での勤務を望んだ際には新規企業との調整を行い、本人の希望が考慮されるよう配慮する。			
② 当該施設で就業している身体障害者が貴社の契約施設で他の就業先を希望した場合は、優先的に本人の希望がかなうよう配慮する。			
3. 清掃業務に身体障害者が従事しなくなった場合の対応			
当該施設において清掃業務に従事している身体障害者1名が継続雇用を希望しない場合など、当該施設において身体障害者が清掃業務に従事しなくなった場合は、事実発生の日から1ヶ月以内に新たに障害者を1名配置する。			
※雇用される障害者は、常時雇用関係(1週間あたりの労働時間が30時間以上で、期間の定めなく雇用される者。)にある者を対象とし、臨時的又は一時的に雇用された者及び定期清掃業務等(日常清掃業務以外の業務)にのみ就業させる者を除きます。			
※上記1から3の内容を確認する、又は確認しない。(いずれかの項目に○を記入)		確認する	確認しない

(4)平成25年度以降に実施した市の総合評価一般競争入札により雇用した身体障害者に対する本件入札日の前日以前3年間の解雇実績(本人の責めに帰すべき理由等により解雇した場合を除く)の有無

解雇実績がある場合は、以下の欄に必要事項を記入すること。

解雇した年月日	平成 年 月 日	解雇した現場名	解雇人数	人	解雇理由
---------	----------	---------	------	---	------

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

宛 先 豊中市病院事業管理者

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

(記入上の注意)

※上記1～3に承諾する提案がない場合は「身体障害者の継続雇用」の評価点(8点)は0点とする。

※上記4は、解雇実績がある場合に記入すること。なお解雇実績がある場合は、評価点は4点とする。

※当該施設とは、市立豊中病院をいう。

就職困難者新規雇用予定者数報告書

(様式 8-1)

1週あたりの労働時間が30時間以上の新規雇用予定者	A 就職困難者の新規雇用者 Aの内、豊中市に居住している場合は、「豊中」と記入		B Aの内、中・高齢者 ※Aの雇用予定者の内、中・高齢者の場合には「1」人と記入。		C Aの内、ひとり親家庭の母親 ※Aの雇用予定者の内、ひとり親家庭の母親の場合には「1」人と記入。		D Aの内、障害者 ※Aの雇用予定者の内、障害者の場合には「1」人と記入。		E Aの内、その他(若者) ※Aの雇用予定者の内、その他(若者)の場合には「1」人と記入。		F Aの内、その他(その他) ※Aの雇用予定者の内、BからEに該当しない場合には「1」人と記入。		G Aの内、豊中市内に居住している就職困難者 ※Aの雇用予定者の内、豊中市内に居住している者に「1」人と記入。		H 就職困難者の新規雇用予定者の点数 H = A × 4 + G × 4			
		人		人		人		人		人		人		人		点		
		人		人		人		人		人		人		人		点		
		人		人		人		人		人		人		人		点		
1週あたりの労働時間が20時間以上、30時間未満の新規雇用予定者(以下「短時間労働者」という。)	J 就職困難者の新規雇用者 Jの内、豊中市に居住している場合は、「豊中」と記入		K Jの内、中・高齢者 ※Jの内、中・高齢者の場合には、Jの時間数をそのまま記入。		L Jの内、ひとり親家庭の母親 ※Jの内、ひとり親家庭の母親の場合には、Jの時間数をそのまま記入。		M Jの内、障害者 ※Jの内、障害者の場合には、Jの時間数をそのまま記入。		N Jの内、その他(若者) ※Jの内、その他(若者)の場合には、Jの時間数をそのまま記入。		P Jの内、その他(その他) ※Jの内、その他(その他)の場合には、Jの時間数をそのまま記入。		Q 短時間労働者数 ※Jの労働時間数合計を30時間で除して算出する(小数点未満は切り捨て)		R Jの内、豊中市内に居住している就職困難者 ※Jの内、豊中市内に居住している雇用予定者の場合は、当該Jの時間数合計を30時間で除して算出する(小数点未満は切り捨て)		S 就職困難者(短時間労働者)の新規雇用予定者の点数 S = Q × 4 + R × 4	
		時間		時間		時間		時間		時間		時間		時間		時間		時間
		時間		時間		時間		時間		時間		時間		時間		時間		時間
		時間		時間		時間		時間		時間		時間		時間		時間		時間
		時間		時間		時間		時間		時間		時間		時間		時間		時間
		時間		時間		時間		時間		時間		時間		時間		時間		時間
		時間		時間		時間		時間		時間		時間		時間		時間		時間
		時間		時間		時間		時間		時間		時間		時間		時間		時間
新規雇用予定者の合計人数 (A+J)				人	合計 H+S (18点限度)												点	

新規雇用予定者の就業予定先及び具体的な業務内容等について	
(就業予定先)	(業務内容及び人数)

上記のとおり相違ありません。なお、当該新規雇用予定人数については、平成30年11月1日までに確実に充足することとします。なお、雇用予定者に変更(評価点が減少する場合は認めない。)が生じた場合は、その都度、速やかに報告します。

年 月 日

宛先 豊中市病院事業管理者

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

※ 記入上の注意は、裏面にあります。

(記入上の注意)

- ① 当該項目は、就職困難者の雇用（本社又は当該現場等、就業先の別は問わない）を計画している場合の人員を記入してください。
- ② 記入に当たっては、「資料2の別紙7-4」をよく読んで記入して下さい。
- ③ A欄～P欄の記入は、各行ごとに、新規雇用予定者1人ずつ記入して下さい。
- ④ 就業予定先等については、就職困難者を新規雇用するために予定している具体的な就業先（本社又は現場等、就業先の別を問わない）や業務の概要や貴社の考え方を記載してください。
なお、本業務について「落札候補者」となった場合、次に掲げる事項を必ず行うこと。
ア 本報告書に基づき、平成30年11月1日までに新規雇用就職困難者の就業場所への配置を行うこと。
イ 本報告書に基づき、総合評価一般競争入札説明書で指定した日までに就職困難者新規雇用予定者名簿（様式8-2）を提出すること。
ウ イの名簿記載の者の雇用の事実を証する書類を当該名簿とあわせて提出すること。（例：雇用契約書（写）、労働条件通知書（写）等）
- ⑤ 本項目でいう就職困難者とは、次のiからvのいずれかに該当する人で、資料2の別紙7-4のその他に記載している「豊中市内の就労支援事業相談窓口」のいずれかに支援（登録、相談）を受けている人。ただし、本業務における他の項目で、加点対象となった新規雇用予定者を除く。
 - i 中高年者：
45歳以上の人。
 - ii ひとり親家庭の母親（母子家庭の母親）：
離婚・死別、夫からの遺棄等の理由により、母親と子供だけとなった世帯の母親（戸籍上の関係は問わない）。
 - iii 障害者：
イ 身体障害者手帳（1級から6級）、療育手帳（A、B1、B2）、精神障害者保健福祉手帳（1級から3級）のいずれかを所持している人で、本業務における他の新規雇用の項目で加点対象となった人を除く。
ロ イの手帳は所持していないが、医師の診断や公費医療の受給者証明等で、何らかの障害があることが証明できる人。
 - iv その他（若者）：
学校を卒業後、未就労状態にある34歳以下の若者。
 - v その他（その他）：
上記のiからivに該当しない人の内、何らかの理由により就職が困難な人。
- ⑥ 本項目の新規雇用予定者として申請する人については、当該新規雇用予定者が就労支援機関の支援（登録、相談）を受けていることの証明を就労支援機関から受けて、この書類に添付してください。
この場合には、必ず、当該新規雇用予定者本人の承諾を得てください。
- ⑦（職種名）には、清掃業務、受付業務、事務等のように、従事する業務の種別を記入して下さい。
- ⑧（就業場所）には、豊中市本庁舎、豊中市立〇〇センター、又、本市発注業務以外の場所で就業を予定している場合は、〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号・当社〇〇支店、△△市△△町△丁目△番△号・△△ビル内・△△(株)、等のように所在地・施設名称を記入して下さい。

就職困難者新規雇用予定者数報告書（記載例）

（様式 8-1）

1週あたりの労働時間が30時間以上の新規雇用予定者	A 就職困難者の新規雇用者 ※雇用予定者ごとに、「1」人と記入。		B Aの内、中・高齢者 ※Aの雇用予定者の内、中・高齢者の場合には「1」人と記入。		C Aの内、ひとり親家庭の母親 ※Aの雇用予定者の内、ひとり親家庭の母親の場合には「1」人と記入。		D Aの内、障害者 ※Aの雇用予定者の内、障害者の場合には「1」人と記入。		E Aの内、その他（若者） ※Aの雇用予定者の内、その他（若者）の場合には「1」人と記入。		F Aの内、その他（その他） ※Aの雇用予定者の内、BからEに該当しない場合には「1」人と記入。		G Aの内、豊中市内に居住している就職困難者 ※Aの雇用予定者の内、豊中市内に居住している者に「1」人と記入。		H 就職困難者の新規雇用予定者の点数 $H = A \times 4 + G \times 4$					
	豊中	人	1	人		人		人		人		人	1	人	16	点				
豊中	人	1	人		人		人	1	人		人	1	人							
	人		人		人		人		人		人		人							
	人		人		人		人		人		人		人							
1週あたりの労働時間が20時間以上、30時間未満の新規雇用予定者（以下「短時間労働者」という。）	J 就職困難者の新規雇用者 ※1週あたりの労働時間数を記入		K Jの内、中・高齢者 ※Jの内、中・高齢者の場合には、Jの時間数をそのまま記入。		L Jの内、ひとり親家庭の母親 ※Jの内、ひとり親家庭の母親の場合には、Jの時間数をそのまま記入。		M Jの内、障害者 ※Jの内、障害者の場合には、Jの時間数をそのまま記入。		N Jの内、その他（若者） ※Jの内、その他（若者）の場合には、Jの時間数をそのまま記入。		P Jの内、その他（その他） ※Jの内、その他（その他）の場合には、Jの時間数をそのまま記入。		Q 短時間労働者数 ※Jの労働時間数合計を30時間で除して算出する（小数点未満は切り捨て）		R Jの内、豊中市内に居住している就職困難者 ※Jの内、豊中市内に居住している雇用予定者の場合は、当該Jの時間数合計を30時間で除して算出する（小数点未満は切り捨て）		S 就職困難者（短時間労働者）の新規雇用予定者の点数 $S = Q \times 4 + R \times 4$			
	豊中	時間	25	時間	25	時間		時間		時間		時間		時間	2	人	2	人	16	点
	豊中	時間	20	時間		時間	20	時間		時間		時間		時間						
	豊中	時間	20	時間		時間	20	時間		時間		時間		時間						
		時間		時間		時間		時間		時間		時間		時間						
		時間		時間		時間		時間		時間		時間		時間						
		時間		時間		時間		時間		時間		時間		時間						
		時間		時間		時間		時間		時間		時間		時間						
	時間		時間		時間		時間		時間		時間		時間							
新規雇用予定者の合計人数（A+J）			5	人	合計 H+S（18点限度）											18	点			

新規雇用予定者の就業予定先及び具体的な業務内容等について	
（就業予定先）	（業務内容及び人数）
豊中市中桜塚3丁目1番1号 豊中市役所 本庁舎	清掃業務 3名
豊中市〇〇町〇〇町〇丁目〇番〇号 豊中市立〇〇センター	清掃業務 1名
豊中市〇〇町〇〇町〇丁目〇番〇号 豊中市立〇〇センター	受付業務 1名

上記のとおり相違ありません。なお、当該新規雇用予定人数については、平成30年11月1日までに確実に充足することとします。なお、雇用予定者に変更（評価点が減少する場合は認めない。）が生じた場合は、その都度、速やかに報告します。

年 月 日

宛先 豊中市病院事業管理者

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

※ 記入上の注意は、裏面にあります。

(記入上の注意)

- ① 当該項目は、就職困難者の雇用（本社又は当該現場等、就業先の別は問わない）を計画している場合の人員を記入してください。
- ② 記入に当たっては、「資料2の別紙7-4」をよく読んで記入して下さい。
- ③ A欄～P欄の記入は、各行ごとに、新規雇用予定者1人ずつ記入して下さい。
- ④ 就業予定先等については、就職困難者を新規雇用するために予定している具体的な就業先（本社又は現場等、就業先の別を問わない）や業務の概要や貴社の考え方を記載してください。
なお、本業務について「落札候補者」となった場合、次に掲げる事項を必ず行うこと。
ア 本報告書に基づき、平成30年11月1日までに新規雇用就職困難者の就業場所への配置を行うこと。
イ 本報告書に基づき、総合評価一般競争入札説明書で指定した日までに就職困難者新規雇用予定者名簿（様式8-2）を提出すること。
ウ イの名簿記載の者の雇用の事実を証する書類を当該名簿とあわせて提出すること。（例：雇用契約書（写）、労働条件通知書（写）等）
- ④本項目でいう就職困難者とは、次のiからvのいずれかに該当する人で、資料2の別紙7-4のその他に記載している「豊中市内の就労支援事業相談窓口」のいずれかに支援（登録、相談）を受けている人。ただし、本業務における他の項目で、加点対象となった新規雇用予定者を除く。
 - i 中高年者：
45歳以上の人。
 - ii ひとり親家庭の母親（母子家庭の母親）：
離婚・死別、夫からの遺棄等の理由により、母親と子供だけとなった世帯の母親（戸籍上の関係は問わない）。
 - iii 障害者：
イ 身体障害者手帳（1級から6級）、療育手帳（A、B1、B2）、精神障害者保健福祉手帳（1級から3級）のいずれかを所持している人で、本業務における他の新規雇用の項目で加点対象となった人を除く。
ロ イの手帳は所持していないが、医師の診断や公費医療の受給者証明等で、何らかの障害があることが証明できる人。
 - iv その他（若者）：
学校を卒業後、未就労状態にある34歳以下の若者。
 - v その他（その他）：
上記のiからivに該当しない人の内、何らかの理由により就職が困難な人。
- ⑤ 本項目の新規雇用予定者として申請する人については、当該新規雇用予定者が就労支援機関の支援（登録、相談）を受けていることの証明を当該就労支援機関から受けて、この書類に添付してください。
この場合には、必ず、当該新規雇用予定者本人の承諾を得てください。
- ⑥ (職種名)には、清掃業務、受付業務、事務等のように、従事する業務の種別を記入して下さい。
- ⑦ (就業場所)には、豊中市本庁舎、豊中市立〇〇センター、又、本市発注業務以外の場所で就業を予定している場合は、〇〇市〇〇町〇丁目〇番〇号・当社〇〇支店、△△市△△町△丁目△番△号・△△ビル内・△△(株)、等のように所在地・施設名称を記入して下さい。

就職困難者新規雇用予定者名簿

(様式8-2)

番号	氏名	居住地	就職困難の分類		採用予定 年月日	雇用期間		勤務日数	勤務時間			有給休暇		賃金 (単位及び金額)	加入保険		就業場所 及び 業務種別
						有無	有の場合は、 雇用期間1年 以上のこと		始業 就業	内、 実働	内、 休憩	年次 休暇	特別 休暇		種類	有無	
1			中・高齢者												労災保険		
			一人親												雇用保険		
			家庭の母親												厚生年金		
			障害者												健康保険		
その他																	
2			中・高齢者												労災保険		
			一人親												雇用保険		
			家庭の母親												厚生年金		
			障害者												健康保険		
その他																	
3			中・高齢者												労災保険		
			一人親												雇用保険		
			家庭の母親												厚生年金		
			障害者												健康保険		
その他																	
4			中・高齢者												労災保険		
			一人親												雇用保険		
			家庭の母親												厚生年金		
			障害者												健康保険		
その他																	
5			中・高齢者												労災保険		
			一人親												雇用保険		
			家庭の母親												厚生年金		
			障害者												健康保険		
その他																	

上記のとおり相違ありません。なお、雇用予定者に変更（評価点が減少する場合は認めない。）が生じた場合は、その都度、速やかに報告します。

年 月 日

宛 先 豊中市病院事業管理者

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

(記入上の注意)

- ① 記入に当たっては、「資料2の別紙7-4」をよく読んで記入して下さい。
- ② 記入は、1行ごとに雇用予定者1名づつ記入して下さい。また、用紙が足りない場合はこの用紙をコピーして使用して下さい。
- ③ 記入に当たっては、就職困難者新規雇用予定者数報告書（様式 8-1）に記載した内容に基づいて記入して下さい。
- ④ 雇用期間は、支給対象の期間の定めがある場合には、必ず雇用期間（資料2の別紙7-4の「注意事項・本項目でいう常用雇用労働者とは」を参照）を記入して下さい。
- ⑤ 諸手当欄は、賞与、通勤手当、扶養手当、等の諸手当の名称を記入して下さい。
- ⑥ 加入保険欄は、該当する社会保険制度の右の有無欄に「有」と記入（無い場合は無記入）して下さい。

就職困難者新規雇用予定者名簿（記載例）

（様式 8 - 2）

番号	氏名	居住地	就職困難の分類		採用予定年月日	雇用期間		勤務日数	勤務時間			有給休暇		賃金 (単位及び金額)	加入保険		就業場所 及び 業務種別
						有無	有の場合は、 雇用期間1年 以上のこと		始業 就業	内、 実働	内、 休憩	年次 休暇	特別 休暇		種類	有 無	
1	待兼 六郎	豊中市	中・高齢者	○	25年4月1日	無		週5日	09:00	06:00	00:45	年10日	病気休暇 服喪休暇	時間 800円	労災保険	有	豊中市立○○センター 清掃業務
			一人親 家庭の母親						～						雇用保険	有	
			障害者						15:45						厚生年金	有	
			その他												健康保険	有	
2	少路 あやめ	豊中市	中・高齢者		25年4月1日	無		週5日	08:30	08:00	01:00	年10日	病気休暇 服喪休暇	時間 800円	労災保険	有	豊中市立○○センター 受付業務
			一人親 家庭の母親						～						雇用保険	有	
			障害者						17:30						厚生年金	有	
			その他	○											健康保険	有	
3	柴原 七郎	豊中市	中・高齢者	○	25年4月1日	無		週5日	08:00	05:00	00:30	年10日	病気休暇 服喪休暇	時間 800円	労災保険	有	豊中市本庁舎 清掃業務
			一人親 家庭の母親						～						雇用保険	有	
			障害者						13:30						厚生年金	有	
			その他												健康保険	有	
4	千里 みどり	豊中市	中・高齢者		25年4月1日	無		週5日	12:30	04:00	00:30	年10日	病気休暇 服喪休暇	時間 800円	労災保険	有	豊中市本庁舎 清掃業務
			一人親 家庭の母親	○					～						雇用保険	有	
			障害者						17:00						厚生年金	有	
			その他												健康保険	有	
5	緑地 八郎	豊中市	中・高齢者		25年4月1日	無		週5日	08:00	04:00	00:30	年10日	病気休暇 服喪休暇	時間 800円	労災保険	有	豊中市本庁舎 清掃業務
			一人親 家庭の母親	○					～						雇用保険	有	
			障害者						12:30						厚生年金	有	
			その他												健康保険	有	

上記のとおり相違ありません。なお、雇用予定者に変更（評価点が減少する場合は認めない。）が生じた場合は、その都度、速やかに報告します。

年 月 日

宛 先 豊中市病院事業管理者

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

（記入上の注意）

- ① 記入に当たっては、「資料2の別紙7-4」をよく読んで記入して下さい。
- ② 記入は、1行ごとに雇用予定者1名づつ記入して下さい。また、用紙が足りない場合はこの用紙をコピーして使用して下さい。
- ③ 記入に当たっては、就職困難者新規雇用予定者数報告書（様式 8-1）に記載した内容に基づいて記入して下さい。
- ④ 雇用期間は、支給対象の期間の定めがある場合には、必ず雇用期間（資料2の別紙7-4の「注意事項・本項目でいう常用雇用労働者とは」を参照）を記入して下さい。
- ⑤ 諸手当欄は、賞与、通勤手当、扶養手当、等の諸手当の名称を記入して下さい。
- ⑥ 加入保険欄は、該当する社会保険制度の右の有無欄に「有」と記入（無い場合は無記入）して下さい。

就労支援機関等との協議報告書

次のとおり「知的障害者、精神障害者、身体障害者、就職困難者」の新規雇用計画の実現に関する就労支援機関等との協議を行いました。

1 豊中市内の支援機関	
①	支援機関の名称
	所在地
	連絡先(電話)
	担当者名
②	支援機関の名称
	所在地
	連絡先(電話)
	担当者名
2 豊中市以外の支援機関	
①	支援機関の名称
	所在地
	連絡先(電話)
	担当者名
②	支援機関の名称
	所在地
	連絡先(電話)
	担当者名
上記のとおり「知的障害者、精神障害者、身体障害者、就職困難者」の新規雇用計画の実現に関する就労支援機関等との協議を行った、又は行わなかった。	
協議を行った。	
協議を行わなかった。	

上記のとおり、相違ありません。

年 月 日

宛 先 豊中市病院事業管理者

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

(記入上の注意)

- ① 記入に当たっては、資料3の「様式5-1」、「様式6-1」、「様式7-1」及び「様式8-1」に基づく新規雇用予定者数報告書の提案について、就労支援機関等と協議を行ったか、又は行わなかったか、いずれかを○で囲んでください。
- ② 複数の支援機関と協議を行った場合は、各々の支援機関の名称、所在地等を記入してください。
- ③ 必要に応じて、市の関係部局によるヒアリングを行うことがあります。

知的障害者就業支援企画書

(様式 9-1)

1. 相談に行った就業支援機関	名 称		担当者名	
	住 所		T E L	
2. 相談に行った豊中市内の就業支援機関(資料2の別紙7-1-1のその他に記載しているいずれかの機関)	名 称	1) 豊中市立生活情報センターくらしかん内、地域就労支援センター	担当者名	
		2) 豊中市障害者就労雇用支援センター	担当者名	
(1) 知的障害者に対する専任支援者の配置の有無及びその内容 (就業支援機関へ実際に相談した内容及び専任支援者の人数、経験、配置の体制等の具体的な提案の内容を記述) ※書ききれない場合は、別紙添付可				
※ 当該項目に関する企画提案がない場合は、他の項目の企画提案がなされた場合でも評価は行ないません。				
(2) 個々の適正に応じた配置<個々人の職務適正と希望等を勘案した上で能力に応じた持ち場を付与する。> (具体的な内容)				
(3) 職場内等のサポート体制<職場内(仕事の内容や手順を簡単に理解できるよう、視覚情報で表示する等の支援体制。)に必要な支援を行なう。> (具体的な内容)				
(4) 過去からの知的障害者雇用に関する取組 (具体的な内容)				
(5) その他<その他の支援> (具体的な内容)				

上記のとおり知的障害者の就業支援について、実施計画書を提出します。

年 月 日

宛 先 豊中市病院事業管理者

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

印

(記入上の注意)

- ① 豊中市外の就業支援機関に就業支援内容の相談に行った場合は、1. 欄に記入の上、2. 欄の就業支援機関1)・2) いずれかに支援内容の確認を受け、いずれかに○をし、担当者名を記入してください。
- ② 豊中市内の就業支援機関に就業支援内容の相談に行った場合は、2. 欄のみ記入して下さい。(1. 欄への記入は不要です。)

知的障害者就業支援実施報告書

(様式 9-2)

1	相談に行った就業支援機関	名称			
		住所		TEL	
2	新規知的障害者氏名	氏名			
3	専任支援員	氏名	過去の実績（講習終了後）	年 月	講習終了証の添付
4	ジョブコーチ	氏名			講習終了証の添付
	事業者がジョブコーチを持たない時（就業支援機関から支援を受ける）	ジョブコーチの所属団体名			
		氏名			勤務予定表を添付
5	個々の適正に応じた配置	就業場所			
		業務内容			
6	職場内等のサポート体制<職場内（仕事の内容や手順を簡単に理解できるよう、視覚情報で表示する等の支援体制。）で必要な支援を行う。>				
7	その他の就業支援体制				
8	今後の対策				

（記入上の注意）

- ① 提案の裏づけとなる資料として扱います。
- ② 記入は、障害者の新規雇用者1名ごとに記入してください。
- ③ この就業支援実施企画報告書の専任支援員・ジョブコーチは新規の場合、業務開始時には雇用手続き完了してください。なお、それ以後についても、本市から提出の要請があった時には速やかに提出してください。また、企画報告書の内容については必要に応じて市の関係部局によるヒアリングを行うことがあります。
- ④ 提案された専任支援員・ジョブコーチに変更が生じる場合は、あらかじめ本市の承諾を得てください。

上記のとおり障害者の就業支援実施状況を報告します。

年 月 日

宛 先 豊中市病院事業管理者

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

精神障害者就業支援企画書

(様式 10-1)

1. 相談に行った就業支援機関	名 称		担当者名	
	住 所		T E L	
2. 相談に行った豊中市内の就業支援機関(資料2の別紙7-2のその他に記載しているいずれかの機関)	名 称	1) 豊中市立生活情報センターくらしかん内、地域就労支援センター	担当者名	
		2) 豊中市障害者就労雇用支援センター	担当者名	
1 精神障害者に対する専任支援者の配置の有無及びその内容 (就業支援機関へ実際に相談した内容及び専任支援者の人数、経験、配置の体制等の具体的な提案の内容を記述) ※書ききれない場合は、別紙添付可				
※ 当該項目に関する企画提案がない場合は、他の項目の企画提案がなされた場合でも評価は行ないません。				
2 個々の適正に応じた配置<個々人の職務適正と希望等を勘案した上で能力に応じた持ち場を付与する。> (具体的な内容)				
3 職場内等のサポート体制<職場内(定期的な通院のための休暇制度、病状不良時等による交代要員の確保、など)で必要な支援を行なう。> (具体的な内容)				
4 過去からの精神障害者雇用に関する取組 (具体的な内容)				
5 その他<その他の支援> (具体的な内容)				

上記のとおり精神障害者の就業支援について、実施計画書を提出します。

年 月 日

宛 先 豊中市病院事業管理者

所 在 地 _____

商号又は名称 _____

代表者職氏名 _____

印

(記入上の注意)

- ① 豊中市外の就業支援機関に就業支援内容の相談に行った場合は、1. 欄に記入の上、2. 欄の就業支援機関1)・2) いずれかに支援内容の確認を受け、いずれかに○をし、担当者名を記入してください。
- ② 豊中市内の就業支援機関に就業支援内容の相談に行った場合は、2. 欄のみ記入して下さい。(1. 欄への記入は不要です。)

精神障害者就業支援実施報告書

(様式 10-2)

1	相談に行った就業支援機関	名 称			
		住 所		TEL	
2	新規精神障害者氏名	氏 名			
3	専任支援員	氏 名		過去の実績（講習終了後）	年 カ月 講習終了証の添付
4	ジョブコーチ	氏 名		講習終了証の添付	
	事業者がジョブコーチを持たない時（就業支援機関から支援を受ける）	ジョブコーチの所属団体名			
5	個々の適正に応じた配置	就業場所			
		業務内容			
6	職場内等のサポート体制<職場内（定期的な通院のための休暇制度、病状不良時等による交代要員の確保、など）で必要な支援を行う。>				
7	その他の就業支援体制				
8	今後の対策				

(記入上の注意)

- ① 提案の裏づけとなる資料として扱います。
- ② 記入は、障害者の新規雇用者1名ごとに記入してください。
- ③ この就業支援実施企画報告書の専任支援員・ジョブコーチは新規の場合、業務開始時には雇用手続き完了してください。なお、それ以後についても、本市から提出の要請があった時には速やかに提出してください。また、企画報告書の内容については必要に応じて市の関係部局によるヒアリングを行うことがあります。
- ④ 提案された専任支援員・ジョブコーチに変更が生じる場合は、あらかじめ本市の承諾を得てください。

上記のとおり障害者の就業支援実施状況を報告します。

年 月 日

宛 先 豊中市病院事業管理者

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

印

新規雇用予定者の雇用条件計画書

(様式11)

A 新規雇用の種別	B 雇用者数	C 採用予定年月日	D 雇用期間		E 勤務日数 1週当たり	F 勤務時間				G 有給休暇		H 賃金 1時間当たり	J 諸手当	K 加入保険		L 福利厚生・その他	
			有無	有の場合は、雇用期間		合計	内、実働	内、休憩	対象人数	年次休暇	特別休暇			種類	有無		
知的障害者															労災保険		
															雇用保険		
															厚生年金		
															健康保険		
精神障害者															労災保険		
															雇用保険		
															厚生年金		
															健康保険		
身体障害者															労災保険		
															雇用保険		
															厚生年金		
															健康保険		
就職困難者															労災保険		
															雇用保険		
															厚生年金		
															健康保険		

上記のとおり相違ありません。なお、雇用予定者に変更（評価点が減少する場合は認めない。）が生じた場合は、その都度、速やかに報告します。

年 月 日

宛 先 豊中市病院事業管理者

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

(記入上の注意)

- ① Bの雇用者数は、Aの新規雇用の種別ごとに、予定している新規雇用者数の人数を記入して下さい。
- ② Dの雇用期間は、雇用期間を定めている場合は、必ず記入して下さい。なお、本項目での雇用期間については、資料2の別紙7-1-1、7-2-1、7-3-1、および7-4の各注意事項に記載している、「本項目でいう常用雇用労働者とは」をよく読んで、間違いのないように記入して下さい。
- ③ Fの勤務時間は、勤務時間帯が異なるごとに、1行ずつ記入して下さい。
- ④ Gの有給休暇の内、年次休暇は1年間の付与日数（労働基準法第39条第1項の規定による、「雇入れの日から起算して六箇月間継続勤務し全労働日の八割以上出勤した労働者に対して」の付与日数）を、特別休暇は年次有給休暇以外に就業規則等で認めている有給休暇の名称（例えば、結婚休暇、服喪休暇等）を記入して下さい。
- ⑤ Hの賃金は、1時間あたりの賃金を記入して下さい。勤務内容等の違いのため複数の賃金がある場合は、その平均額（例：900円+900円+800円=867円）を記入して下さい。
- ⑥ Jの諸手当欄は、賞与、通勤手当、扶養手当、等の諸手当の名称を記入して下さい。
- ⑦ Kの加入保険欄は、該当する社会保険制度の右の有無欄に「有」と記入（無い場合は無記入）して下さい。例示している以外の保険制度がある場合は空欄に名称と「有」と記入して下さい。
- ⑧ Lの福利厚生・その他の欄には、福利厚生等雇用条件に関する提案事項を記入して下さい。

新規雇用予定者の雇用条件計画書（記載例）

（様式11）

A 新規雇用の種別	B 雇用予定者数	C 採用予定年月日	D 雇用期間			E 勤務日数 1週当たり	F 勤務時間				G 有給休暇		H 賃金 1時間当たり	J 諸手当	K 加入保険		L 福利厚生・その他
			有無	有の場合は、雇用期間	更新の有無		合計	内、実働	内、休憩	対象人数	年次休暇	特別休暇			種類	有無	
知的障害者	2	25年4月1日	有	1年0か月	有	週5日	06:45	06:00	00:45	2	10日	病気休暇 服喪休暇	909円	賞与 通勤手当 扶養手当	労災保険 雇用保険 厚生年金 健康保険	有 有 有 有	
精神障害者	4	25年4月1日	無			週5日	06:45 05:30 04:30	06:00 05:00 04:00	00:45 00:30 00:30	1 1 2	10日	病気休暇 結婚休暇	909円	賞与 通勤手当 扶養手当	労災保険 雇用保険 厚生年金 健康保険	有 有 有 有	
身体障害者	2	25年4月1日	有	1年0か月	有	週5日	06:45	06:00	00:45	2	10日	病気休暇 結婚休暇	909円	賞与 通勤手当 扶養手当	労災保険 雇用保険 厚生年金 健康保険	有 有 有 有	
就職困難者	5	25年4月1日	無			週5日	06:45 09:00 05:30 04:30	06:00 08:00 05:00 04:00	00:45 01:00 00:30 00:30	1 1 1 2	10日	病気休暇 結婚休暇	909円	賞与 通勤手当 扶養手当	労災保険 雇用保険 厚生年金 健康保険	有 有 有 有	

上記のとおり相違ありません。なお、雇用予定者に変更（評価点が減少する場合は認めない。）が生じた場合は、その都度、速やかに報告します。

年 月 日

宛 先 豊中市病院事業管理者

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

（記入上の注意）

- ① Bの雇用者数は、Aの新規雇用の種別ごとに、予定している新規雇用者数の人数を記入して下さい。
- ② Dの雇用期間は、雇用期間を定めている場合は、必ず記入して下さい。なお、本項目での雇用期間については、資料2の別紙7-1-1、7-2-1、7-3-1および7-4の各注意事項に記載している「本項目でいう常用雇用労働者とは」をよく読んで、間違いのないように記入して下さい。
- ③ Fの勤務時間は、勤務時間帯が異なるごとに、1行ずつ記入して下さい。
- ④ Gの有給休暇の内、年次休暇は1年間の付与日数（労働基準法第39条第1項の規定による、「雇入れの日から起算して六箇月間継続勤務し全労働日の八割以上出勤した労働者に対して」の付与日数）を特別休暇は年次有給休暇以外に就業規則等で認めている有給休暇の名称（例えば、結婚休暇、服喪休暇等）を記入して下さい。
- ⑤ Hの賃金は、1時間あたりの賃金を記入して下さい。勤務内容等の違いのため複数の賃金がある場合は、その平均額（例：900円+900円+800円=867円）を記入して下さい。
- ⑥ Jの諸手当欄は、賞与、通勤手当、扶養手当、等の諸手当の名称を記入して下さい。
- ⑦ Kの加入保険欄は、該当する社会保険制度の右の有無欄に「有」と記入（無い場合は無記入）して下さい。例示している以外の保険制度がある場合は空欄に名称と「有」と記入して下さい。
- ⑧ Lの福利厚生・その他の欄には、福利厚生等雇用条件に関する提案事項を記入して下さい。

新規雇用予定者の継続雇用促進に関する提案書

(様式 12)

新規雇用予定者の継続雇用促進のための提案					
1 今回に新たに契約予定者となった企業に対する確認					
(1) 契約期間中における確認事項					
① 一定の雇用期間を定めている労働者の雇用期間が満了した場合には、本人が同一職場で継続雇用を希望したときは、優先的に雇用を継続する。					
② 本人が貴社の他の勤務先を希望したときは、優先的に本人の希望がかなうよう配慮する。					
(2) 前回の契約企業が既に障害者を雇用している場合において、本人が同一職場での勤務を望んだ際には、本人の希望がかなうよう配慮する。					
2 前回に引き続き契約予定者となった企業に対する確認（従前から既に障害者を雇用している場合）					
(1) 本人が継続雇用を希望した場合は、優先的に雇用を継続する。					
(2) 本人が貴社の他の勤務先を希望した場合は、優先的に本人の希望がかなうよう配慮する。					
(3) 契約期間中において、一定の雇用期間を定めている労働者の雇用期間が満了した場合には、本人が同一職場で継続雇用を希望した場合は、優先的に雇用を継続する。					
3 次回入札時において、同一物件を落札した場合の確認					
① 本人が同一職場で継続雇用を希望したときは、優先的に雇用を継続する。					
② 本人が貴社の他の勤務先を希望したときは、優先的に本人の希望がかなうよう配慮する。					
4 次回入札時において同一物件を落札できなかった場合の確認					
① 本人が同一職場での勤務を望んだ際には、新規企業との調整を行ない、本人の希望が考慮されるよう配慮する。					
② 本人が貴社の他の勤務先を希望したときは、優先的に本人の希望がかなうよう配慮する。					
※ 以上の内容を確認する、又は確認しない。		確認する		確認しない	

上記のとおり提案します。

年 月 日

宛 先 豊中市病院事業管理者

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

(記入上の注意)

- ① 記入に当たっては、本提案書をよく読んで、「確認する」又は「確認しない」のいずれかを必ず○で囲んでください。
- ② 必要に応じて、市の関係部局によるヒアリングを行うことがあります。

男女共同参画への配慮

1 女性の活躍推進への取組み

該当する項目の□に、レ(チェック)をしてください

- 常時雇用する労働者数が301人以上の企業
「女性の職業生活における活躍の推進に関する法律」第9条の規定に基づく認定(えるぼし認定)を受けている。
<添付書類> 基準適合一般事業主認定通知書の写し
- 常時雇用する労働者数が300人以下の企業
「女性の職業生活における活躍の推進に関する法律」第8条の規定に基づき、一般事業主行動計画を策定し、厚生労働大臣(労働局)にその旨を届け出ている。
<添付書類> 厚生労働大臣(労働局)に届出した書類で、受付印が押してあるものの写し

2 仕事と子育ての両立への取組み

該当する項目の□に、レ(チェック)をしてください

- 常時雇用する労働者数が101人以上の企業
「次世代育成支援対策推進法」第13条の規定に基づく認定(くるみんマークの認定)を受けている。
<添付書類> 基準適合一般事業主認定通知書の写し
- 常時雇用する労働者数が100人以下の企業
「次世代育成支援対策推進法」第12条の規定に基づき、一般事業主行動計画を策定し、厚生労働大臣(労働局)にその旨を届け出ている。
<添付書類> 厚生労働大臣(労働局)に届出した書類で、受付印が押してあるものの写し

3 セクシュアル・ハラスメントの防止への取組み

該当する項目の□に、レ(チェック)をしてください

- 平成29年度、社員対象にセクシュアル・ハラスメント防止に関する研修を実施している
- 相談窓口を設置している
- 苦情処理委員会等の苦情処理に関する組織体制をつくっている

<添付書類>

- ・研修については、日時・内容が確認できる社内周知文書などの写し
- ・相談窓口・苦情処理組織体制については、確認できる社内規定文書または社内周知文書などの写し

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

宛 先 豊中市病院事業管理者

所 在 地

商号又は名称

代表者職氏名

印

エネルギー使用調査票

(様式14)

エネルギー使用調査票

	単位	数値	熱量G J	換算係数	単位
揮発油 (ガソリン) (自動車以外に限る)	kℓ		0	34.6	G J /kℓ
灯油	kℓ		0	36.7	G J /kℓ
電気	千kWh		0	9.97	G J /千kWh
都市ガス	千m ³		0	2.244	G J /千m ³
合計	GJ		0		
原油換算量	kℓ			0.0258	kℓ/GJ
延床面積	m ²				
原単位	kℓ/m ²				

(記入上の注意)

本社及び全ての支店、営業所、店舗等で使用した燃料・熱・電気ごとの年度内の使用量を集計してください（電気・ガスについてはエネルギー供給事業者の毎月の検針票に示される使用量でも可能です）。また、燃料の揮発油（ガソリン）は、自動車以外に限ります。

テナントとして入居している場合は、テナント専用部に係る全てのエネルギー使用量（テナントがエネルギー管理権限を有する設備、オーナーがエネルギー管理権限を有する空調・照明等）を報告すること。

エネルギー使用量の数値は、前年度（平成29. 4. 1～平成30. 3. 31）の年間使用量の合計値をそれぞれ記入してください。

計算手順

1. 黒枠に各事業者の実績値を記入する。
2. 各項目の実績値に各項目の換算係数を乗ずることで各項目の熱量が算出される。
3. 熱量の合計を算出して、この合計に換算係数0.0258を乗ずることで原油換算量が算出される。
4. 算出された原油換算量を延床面積で除することで、原単位が算出される。この原単位を評価の指標とする。

上記のとおりです。

年 月 日

宛 先 豊中市病院事業管理者

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

災害時等の業務執行体制等報告書

(様式15)

災害時、又は公共交通機関が停止した場合等において、契約業務を適正に執行するため、交通手段の確保や代替人員の確保等、緊急時に業務を適正に執行するための社内体制の整備状況。

1 災害時の事業継続計画（BCP）、緊急時の対応マニュアル等の整備状況（規定等がある場合は、その規定の名称） ※計画・規定等がある場合は、写しを添付してください。			
2 緊急時における、社内体制の責任者及びその代行者（副責任者等）の職氏名			
3 平常時における、訓練や研修等の実施状況（過去1年以内）			
	訓練又は研修等の名称	実施時期	参加人数
4 緊急時に連携する協会・組合又は取引先企業の名称			
5 緊急時における、人員の確保やその輸送体制 可能な限り、具体的に記入して下さい。書ききれない場合は、別紙添付も可。			

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

宛 先 豊中市病院事業管理者

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

防災・減災に関する取り組み事項報告書

(様式16)

災害を想定した防災・減災対策の実施状況。

1 社屋・営業所の耐震性能の状況。旧耐震建築物（昭和56年5月31日以前に建築主事の確認を受けて建築された建築物）の場合は、耐震診断 や耐震改修の実施状況
2 大規模災害時に従業者や来訪者等帰宅困難者を留め置くための場所の確保、食糧や飲料水等物資の備蓄、非常用電源の確保等の状況
3 その他、防災・減災のために取り組んでいる事項
4 その他、豊中市への協力体制についての提案

上記のとおり相違ありません。

年 月 日

宛 先 豊中市病院事業管理者

所在地

商号又は名称

代表者職氏名

印

入札参加停止措置等状況調書

宛 先 豊中市病院事業管理者□

所在地
商号又は名称
代表者職氏名

印

業務名：

【入札参加停止（除外）措置の有無】

・有り（以下の欄を記入すること） / ・無し（以下の欄は記入不要）			
	措置日	措置期間（か月）	行政機関名
1	年 月 日		
2			
3			

※ 措置の内容、期間及び終期がわかる書類を添付すること。

【契約解除（指定管理者の指定取消し措置含む。）措置の有無】

・有り（以下の欄を記入すること） / ・無し（以下の欄は記入不要）			
	措置日	措置期間（か月）	行政機関名
1	年 月 日		
2			
3			

※ 契約解除通知書の写しを添付すること。

【文書による警告の有無】

・有り（以下の欄を記入すること） / ・無し（以下の欄は記入不要）			
	措置日	措置期間（か月）	行政機関名
1	年 月 日		
2			
3			

※ 書面による警告の写しを添付すること。

入札参加停止措置および入札参加除外措置ならびに契約解除および不正行為等による警告措置の有無について、該当事項に○印を付し、必要事項を記入してください。

<注> 対象は本案件の公告日から過去3年以内にあるもの。

措置の原因が同事案による場合は、本市による措置を記入。