入 札 書

業務名　　　　精神障害者保健福祉手帳・自立支援医療（精神通院医療）受給者証

交付事務補助業務

入札金額　　　￥　　　　　　　　　　　　　　　　〈時間単価〉

（消費税及び地方消費税別）

場　　　所　　神戸市中央区脇浜海岸通１丁目３番２号

履行期間　 令和８年４月１日から令和９年３月３１日まで

上記の業務については、兵庫県財務規則（昭和39年兵庫県規則第31号）、契約条項及びその他関係書類等を熟知のうえ、上記の金額をもって入札します。

令和　　年　　月　　日

兵庫県契約担当者

兵庫県精神保健福祉センター所長　柿 本　裕 一　様

住所

商号又は名称

代表者氏名

代理人氏名

電話番号

メールアドレス

入 札 書

記入例

業務名　　　　精神障害者保健福祉手帳・自立支援医療（精神通院医療）受給者証

交付事務補助業務

入札金額　　　￥　　　　　　　　　　　　　　　　〈時間単価〉

（消費税及び地方消費税別）

場　　　所　　神戸市中央区脇浜海岸通１丁目３番２号

履行期間　 令和８年４月１日から令和９年３月３１日まで

上記の業務については、兵庫県財務規則（昭和39年兵庫県規則第31号）、契約条項及びその他関係書類等を熟知のうえ、上記の金額をもって入札します。

令和　　年　　月　　日

兵庫県契約担当者

兵庫県精神保健福祉センター所長　柿 本　裕 一　様

住所

代理人が入札に参加する場合には、代理人の記名が必要です。

また、参加申込時に届出が必要です。

電話番号、メールアドレスは代表者（代理人が入札する場合は代理人）が所属する部署のものを記載してください。

電話番号・メールアドレスを記載しない場合、入札者の押印が必要です。

商号又は名称

代表者氏名

代理人氏名

電話番号

メールアドレス

入 札 書【再入札用】

業務名　　　　精神障害者保健福祉手帳・自立支援医療（精神通院医療）受給者証

交付事務補助業務

入札金額　　　￥　　　　　　　　　　　　　　　　〈時間単価〉

（消費税及び地方消費税別）

場　　　所　　神戸市中央区脇浜海岸通１丁目３番２号

履行期間　 令和８年４月１日から令和９年３月３１日まで

上記の業務については、兵庫県財務規則（昭和39年兵庫県規則第31号）、契約条項及びその他関係書類等を熟知のうえ、上記の金額をもって入札します。

令和　　年　　月　　日

兵庫県契約担当者

兵庫県精神保健福祉センター所長　柿本　裕一　様

住所

商号又は名称

代表者氏名

代理人氏名

電話番号

メールアドレス