（様式１）

企　画　提　案　書

業務の名称　　高松市立病院使用料等収納業務

標記業務について、企画提案書を提出します。

令和　　年　　月　　日

（宛先）
高松市病院事業管理者

提出者　所在地
名称
代表者氏名　　印
（個人にあっては、住所及び氏名）

担当者氏名
TEL
FAX

（様式２）

［現状分析等］

名　称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

①　病院患者の滞納問題の発生原因等について、どのように考えているか記載してください。

②　上記の滞納問題を解消するためにどのようなことをしていけばよいか、考えを記載してください。

（様式３）

［業務実施手法］

名　称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１．①　滞納者住所の割出し等の手法について、具体的に記載してください。
（具体例：名寄せ、住民票の請求等）

②　本業務を実施する際の手法について、具体的に記載してください。
なお、企画提案者が開設した銀行口座に、滞納者から滞納病院使用料等の振込を受ける方法を採る場合等は、高松市病院事業出納取扱金融機関（百十四銀行）を利用できるかどうかも記載してください。

③　高松市立病院との連絡・調整・報告の方法、回数、収納金の払込みに係る日数等について、具体的に記載してください。

④　債務者（連帯保証人含む。）の状況確認等の方法について、具体的に記載してください。

２．受託手数料率　　収納した金額 ×＿＿＿＿＿／１００（円）※

※　２５とした場合、収納した金額の２５％が受託手数料となる。
消費税及び地方消費税相当額を含む。
なお、提案する受託手数料の割合は２６．４０％以下とする。
数字に小数がある場合は、小数第２位まで記入する。

（様式４）

［業務実施体制］

名　称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

①　本業務を実際に行うこととなる人員体制について記載してください。また、分担する業務内容についても、具体的に記載してください。

②　コンプライアンスに対する体制と取組について、記載してください。

（様式５）

［取引の状況］

名　称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

①　本業務と同様の公立病院使用料等収納業務を受託した実績がありますか。
該当するものに〇をしてください。
（　　有　　・　　無　　）
「有」の場合は、下表に記載してください。（欄が足りない場合は継ぎ足してください。）

受託先	受託内容	受託期間

②　過去において、その他の業務で、地方公共団体の債権回収業務を受託した実績がありますか。
該当するものに〇をしてください。
（　　有　　・　　無　　）
「有」の場合は、下表に記載してください。（欄が足りない場合は継ぎ足してください。）

受託先	受託内容	受託期間

（様式６）

［個人情報保護体制］

名　称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

①　個人情報保護のための体制や取組について、記載してください。また、規程等を設けている場合には、それを示してください。

②　一般財団法人日本情報経済社会推進協会（JIPDEC)が付与するプライバシーマークの取得の有無を記載してください。また、取得している場合には、登録年月日及び番号を記載してください。

プライバシーマーク　　有　　・　　無

（どちらかに〇をつけてください）

「有」の場合、登録年月日及び番号を以下に記載してください。

（　　年　　月　　日　番号　　）

（注）　記入欄が不足する場合は、適宜、続き用紙を使用して差支えありません。