

【様式1号】

「令和8年度 ケアプランデータ連携システム導入支援業務」に係る  
企画提案書の提出について

令和8年 月 日

神戸市 福祉局 介護保険課 御中

住 所 \_\_\_\_\_  
企業・団体名 \_\_\_\_\_  
代表者職氏名 \_\_\_\_\_

「令和8年度 ケアプランデータ連携システム導入支援業務」に係る企画提案公募に  
参加するため、別紙のとおり企画提案書を提出します。

なお、提出する書類の内容は、事実と相違ないことを誓約します。

【担当者連絡先】

担 当 者	所 属	福祉局介護保険課
	氏 名	山口・奥澤・森本
電 話 番 号		078-322-6229
メールアドレス		kobekaigohokenka2@city.kobe.lg.jp

【様式2号】

「令和8年度 ケアプランデータ連携システム導入支援業務」  
委託事業者公募 参加表明書

令和8年 月 日

神戸市 福祉局 介護保険課 御中

企業・団体名 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
【担当者】  
担当者所属 \_\_\_\_\_  
担当者氏名 \_\_\_\_\_  
E - M a i l \_\_\_\_\_  
電 話 番 号 \_\_\_\_\_

令和8年 月 日付で募集のありました【令和8年度 ケアプランデータ連携システム  
導入支援業務】の参加表明書を提出します。

**(参加表明書提出期限) 令和8年5月18日(月)17時必着**  
(提出先)メールアドレス: [kobekaigohokenka2@city.kobe.lg.jp](mailto:kobekaigohokenka2@city.kobe.lg.jp)

【様式3号】

「令和8年度 ケアプランデータ連携システム導入支援業務」  
委託事業者公募に関する質問書

企業・団体名	
代表者職氏名	
担当者職氏名	
メールアドレス	
電話番号	
FAX番号	

質 問 内 容

--

※ 令和8年5月 25 日(月)17 時までに提出のこと。期限を過ぎたものは一切受け付けません。

※ 質問項目が多い場合は、本様式を適宜複写して利用すること。