（様式第10号）

**価格提案書**

　 年　 　月　　 日

大牟田市長　関　好孝　宛

（保健福祉部福祉課）

件　　名　　　大牟田健康福祉総合計画策定等支援業務

上記件名について、下記金額（総額）にて提案します。

なお、本金額には、貴市の配布資料（「大牟田市健康福祉総合計画策定等支援業務公募型プロポーザル実施要領」及び「仕様書」等）の内容を全て把握したうえで、事業に係る全費用を記載します。

**提案価格（総額　税込）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | 万 |  |  |  | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

　【上記総額の内訳】

（１）令和７年度：基礎調査等に係る委託経費（税込）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | 万 |  |  |  | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

（２）令和８年度：骨子及び本編作成等に係る経費（税込）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | 万 |  |  |  | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

備考

1　金額は算用数字ではっきりと記載し、数字の前に必ず「￥」マークを記載すること。

2　金額を書き損じたときは、新たな用紙に書き直すこと。

（提出者）　　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　会 社 名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　代 表 者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　　　　担当者名