【様式３-1】

**契約実績書（計画策定支援業務）**

法人名

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| １ | 発注自治体名 |  | | |
| 契約件名 |  | | |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  | 契約金額 |  |
| 契約期間又は履行期限 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | |
| ２ | 発注自治体名 |  | | |
| 契約件名 |  | | |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  | 契約金額 |  |
| 契約期間又は履行期限 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | |
| ３ | 発注自治体名 |  | | |
| 契約件名 |  | | |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  | 契約金額 |  |
| 契約期間又は履行期限 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | |
| ４ | 発注自治体名 |  | | |
| 契約件名 |  | | |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  | 契約金額 |  |
| 契約期間又は履行期限 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | |
| ５ | 発注自治体名 |  | | |
| 契約件名 |  | | |
| 発注自治体の現在の人口規模 |  | 契約金額 |  |
| 契約期間又は履行期限 | 年　　月　　日～　　　　年　　月　　日 | | |

※平成28年度以降に委託を受けた高齢者福祉計画及び介護保険事業計画の策定支援の完了実績を記載してください。

※最新の実績から順に最大５件記載してください。

※人口20万人以上の自治体での実績数が審査対象となります。（ただし、業務完了しているものに限ります。）詳しくは審査基準のとおりです。