

市内業者定期

記入例（工事）

このシート提出不要

共通項目以外の項目については

ピンク色のセルには式がありますので、何も入力の必要はありません。

★ 建設工事を申請される業者については、「建設業者用（専任）入力フォーマット」「工事業者用（専任外）入力フォーマット」をご利用ください。

※ は、エクセル式があるため直接入力できません。

※ は、ドロップダウンリストから該当するものを選択してください。

ここから入力してください

申請書提出日	令和 ● 年 2 月 1 0 日					
フリガナ	●●●●●					
申請者の番号又は名称	●●●●●株式会社					
所在地	〒598-8550 泉佐野市市場東一丁目1-1					
<代表者職氏名>						
フリガナ	ダ イョウトリシマリヤク					
役職名	代表取締役					
フリガナ	▲▲▲ ▲▲					
氏名	▲▲▲ ▲▲					
電話	072-463-1212					
FAX	072-458-1187					
e-mail	keiken@city.izumisano.lg.jp					
<緊急時の連絡先>						
氏名	★★★★ ★★					
携帯番号	000-0000-0000					
登録部門	希望順位	申請業種No.	申請業種名	申請区分	過去に登録の有無	前回受付No.
建設工事	①	No. 1	土木一式	継続	有	0
	②	No. 29	解体	新規		
コンサル						
物品供給等	①	No. 22	看板・旗	継続	有	999
	②	No. 3	事務機器・用品	業種変更		
役務提供等	①	No. 8	消防設備	継続	有	998
	②	No. 7	空調設備	新規		
	③	No. 12	その他（設備点検管理）	新規		

前回の受付番号が分かる場合は、ここに記入してください。

<事業所としての認定の有無>

(※認定が有る場合は「有」を選択し、認定書のコピーを添付してください。)

①えるぼし認定	
②くるみん認定	
③ユースエール認定	
④ISO9000	有
⑤ISO14001	有
⑥エコアクション21	有

<従業員状況>

ア. 常勤従業員(代表役員含む)	10	人
イ. アのうち有資格技術者	3	人
ウ. アのうち泉佐野市在住者	3	人
エ. ウ÷ア×100	30	%

<その他>

当該申請事務連絡担当者氏名	★★★★ ★★
当該申請事務連絡担当者の電話	000-000-000
インボイス登録番号	T 1234567890123

工事業者専用 入力フォーマット(営業所専任外用)

※入力フォーマットの入力終了後に【様式2-1】[専任][専任外]の様式を出力してください。

記入例(工事:専任外)




このシート提出不要

【★継続事業者への重要事項】

昨年度中に登録した技術者に変更又は追加が無い場合は、下表の技術者欄(★)を記入するだけで、技術者ごとの別紙様式や資格・免許等を提出する必要はありません。

ただし、監理技術者証などの資格を更新している場合は、その証の写し(表裏)を提出してください。

このシート提出不要

- ※  太枠内を入力してください。
- ※  は、エクセル式があるため直接入力できません。
- ※  は、ドロップダウンリストから該当するものを選択してください。

このシート提出不要

＜技術者について＞

No.	技術者欄(★)		経営申請時の技術職員名簿に記載の有無 「無」の理由	第1希望業種	法令による免許等の名称及び実務経験(注26)	監理主任の別	雇用年月日	健康保険等の加入状況			第2希望業種 ※解体を希望した場合のみ入力	法令による免許等の名称及び実務経験(注26) ※解体を希望した場合のみ入力	監理主任の別 ※解体を希望した場合のみ入力	解体工事に関する実務経験及び登録解体工事講習の受講の有無(注31) ※実務経験のみの者は選択不要 ※解体を希望した場合のみ入力
	技術者氏名	備考						雇用保険	健康保険	厚生年金保険				
1	泉佐野 朗		有	土木一式	1級土木施工管理技士	監理	令和●年4月1日	有	有	有	解体	1級土木施工管理技士	監理	登録解体工事講習の受講有
2	泉佐野 一		有	土木一式	実務経験	主任	令和●年4月1日	有	有	有	解体	実務経験	主任	
3				土木一式										
4				土木一式										
5				土木一式										
6				土木一式										
7				土木一式										
8				土木一式										
9				土木一式										
10				土木一式										
11				土木一式										
12				土木一式										
13														
14														
15														
16														
17														
18														
19														
20														

営業所専任技術者以外用の個別の様式(黄色のシート)に転記されているか確認してください。
例の場合、2人分の様式の提出とそれぞれの資格証等が必要になります。

ここでは、技術者個人の「法令による免許等の名称及び実務経験」をドロップダウンリストから選択してもらうようになります。

【継続事業者への重要事項】
令和●年度登録用(昨年度定期申請時期等)に技術者ごとの資格・免許等を市に提出している場合で、その技術者に変更又は技術者の追加が無い場合は、この太枠内(黄色の範囲)に技術者を記入し「様式2-1」を提出するだけで別紙様式(様式2-1 専任・専任外)も資格・免許等も提出する必要はありません。
ただし、監理技術者証などの資格を更新している場合は、その証の写し(表裏)を提出してください。

- 注意事項(ここに書いている事項は、技術者ごとの欄(注2)に記入してください。)
- (注7) 技術者氏名欄には、原則として経営申請時の技術職員名簿に記載されている氏名を記入してください。理由で、技術職員名簿に記載していない者を記入する場合は、その理由を個別の様式に記載すること。
 - (注9) この申請内容に変更があるときは、直ちに変更申請をすること。
 - (注13) 出向者は、記入しないこと。
 - (注25) 「法令による免許等の名称」の欄には、該当する免許等を選択し、資格証の写しを添付すること。また、監理技術者の場合は資格証の写し(表裏)も添付すること。

(注1)後期高齢者医療保険加入者については、【後期高齢者医療被保険者証の写し】を添付すること。

年金事務所にて発行される被保険者縦覧照会回答票に含まれない常勤技術者の健康保険加入状況

計 枚のうち1枚目

令和 6 年 2月 10 日

泉佐野市長 様

所在地 泉佐野市市場東一丁目1-1

商号又は名称 ●●●●株式会社

代表者職氏名 代表取締役 ▲▲▲ ▲▲▲

実印

被保険者縦覧照会回答票に含まれない常勤技術者の健康保険加入状況については下記のとおりです。

※氏名を記入し、該当する箇所チェック☑をしてください。

氏名	登録部門	含まれない理由
広域 太郎	<input checked="" type="checkbox"/> 建設工事	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療医療保険加入者
	<input type="checkbox"/> 測量・建設コンサルタント等	<input type="checkbox"/> 個人事業所で従業員が5人未満
	<input checked="" type="checkbox"/> 役務提供等	<input type="checkbox"/> 他（↓理由をご記入ください。）
	<input type="checkbox"/> 建築物環境衛生管理技術者	
	<input checked="" type="checkbox"/> 消防設備士・消防設備点検資格者	
	<input type="checkbox"/> 建設工事	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療医療保険加入者
	<input type="checkbox"/> 測量・建設コンサルタント等	<input type="checkbox"/> 個人事業所で従業員が5人未満
	<input type="checkbox"/> 役務提供等	<input type="checkbox"/> 他（↓理由をご記入ください。）
	<input type="checkbox"/> 建築物環境衛生管理技術者	
	<input type="checkbox"/> 消防設備士・消防設備点検資格者	
	<input type="checkbox"/> 建設工事	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療医療保険加入者
	<input type="checkbox"/> 測量・建設コンサルタント等	<input type="checkbox"/> 個人事業所で従業員が5人未満
	<input type="checkbox"/> 役務提供等	<input type="checkbox"/> 他（↓理由をご記入ください。）
	<input type="checkbox"/> 建築物環境衛生管理技術者	
	<input type="checkbox"/> 消防設備士・消防設備点検資格者	
	<input type="checkbox"/> 建設工事	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療医療保険加入者
	<input type="checkbox"/> 測量・建設コンサルタント等	<input type="checkbox"/> 個人事業所で従業員が5人未満
	<input type="checkbox"/> 役務提供等	<input type="checkbox"/> 他（↓理由をご記入ください。）
	<input type="checkbox"/> 建築物環境衛生管理技術者	
	<input type="checkbox"/> 消防設備士・消防設備点検資格者	
	<input type="checkbox"/> 建設工事	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療医療保険加入者
	<input type="checkbox"/> 測量・建設コンサルタント等	<input type="checkbox"/> 個人事業所で従業員が5人未満
	<input type="checkbox"/> 役務提供等	<input type="checkbox"/> 他（↓理由をご記入ください。）
	<input type="checkbox"/> 建築物環境衛生管理技術者	
	<input type="checkbox"/> 消防設備士・消防設備点検資格者	

後期高齢者医療被保険者証

有効期限 令和 6年 7月31日

交付年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者番号		[REDACTED]	
被 保 険 者	住 所	△△市△△町△△丁目△番△号	
	氏 名	広域 太郎	
	生年月日	昭和〇〇年〇〇月〇〇日	
資格取得年月日		□□〇〇年〇〇月〇〇日	
発 行 期 日		□□〇〇年〇〇月〇〇日	
一 部 負 担 金 の 割 合		〇割	
保険者番号 並びに保険 者の名称 及 び 印		[REDACTED]	
		大阪府後期高齢者医療広域連合 電話：06-4790-2028	
		印	