［様式第1号］

市有財産売却一般競争入札参加申込書兼誓約書

令和　　年　　月　　日

氷見市長　あて

令和7年9月26日入札及び開札の市有財産売却一般競争入札（物件名：旧栄町市民病院医師住宅（土地・建物））に参加したく、入札実施要項の内容を了承のうえ申し込みます。

また、入札実施要領「２ 入札参加資格」のすべての資格を満たしていることを誓約いたします。この資格を満たしていないことが判明した場合には、当該事実に関して市が行う一切の措置について異議の申立てをいたしません。なお、市が入札参加資格の確認を行うため、警察等関係機関に対して照会を行うことについて、承諾します。

申込者（共有名義での申込みの場合は代表者について記入）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所  （所在地） | 〒　　　　- | |
| 電話番号 |  | |
| （フリガナ）  氏名  （名称等） |  |  |

入札物件の取得目的（簡潔に記入）

|  |
| --- |
|  |

入札物件

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 土地 | 所在 | 地目 | 面積 |
| 富山県氷見市栄町3269番2 | 宅地 | 290.61㎡ |
| 建物 | 所在／種類 | 構造 | 床面積 |
| 富山県氷見市栄町3269番2／住宅 | 木造瓦葺2階建 | 141.30㎡ |
| その他 | 土地・建物に付随する設備及び什器備品一式（電力等供給設備を除く。） | | |

※入札申込者の印は、印鑑登録された印を使用してください。

※共有名義で申し込まれる場合は、共有者を代表して入札手続きを行う者を決め、申込者欄にその代表者名等を記入してください。

［様式第2号］

【法人による申込みの場合に提出】

役員名簿

|  |  |
| --- | --- |
| 法人名 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 役職名 | （フリガナ）  氏　名 | 生年月日 | 住　所 |
|  | （　　　　　　　　） | 年　　月　　日 |  |
|  | （　　　　　　　　） | 年　　月　　日 |  |
|  | （　　　　　　　　） | 年　　月　　日 |  |
|  | （　　　　　　　　） | 年　　月　　日 |  |
|  | （　　　　　　　　） | 年　　月　　日 |  |
|  | （　　　　　　　　） | 年　　月　　日 |  |
|  | （　　　　　　　　） | 年　　月　　日 |  |
|  | （　　　　　　　　） | 年　　月　　日 |  |

※法人の登記事項証明書に記載されている役員全員について記入してください。

※氏名の欄には必ずフリガナを記入してください。

※記入欄が不足する場合は、本様式を用いて次葉として記入してください。

［様式第3号］

【共有名義とする場合に提出】

共有者名簿

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 氏名・住所 | | | 持分割合 |
| 代　表　者 | 住所  （所在地） | 〒　　　- | | / |
| （フリガナ）  氏名  （名称等） | （電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
|  | 住所  （所在地） | 〒　　　- | | / |
| （フリガナ）  氏名  （名称等） | （電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
|  | 住所  （所在地） | 〒　　　- | | / |
| （フリガナ）  氏名  （名称等） | （電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
|  | 住所  （所在地） | 〒　　　- | | / |
| （フリガナ）  氏名  （名称等） | （電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |
|  | 住所  （所在地） | 〒　　　- | | / |
| （フリガナ）  氏名  （名称等） | （電話　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |  |

※共有者の印は、印鑑登録された印を使用してください。

※記入欄が不足する場合は、本様式を用いて次葉として記入してください。

［様式第4号］

令和　　年　　月　　日

入　札　書

氷見市長　菊地　正寛　あて

住所

申込者　商号又は名称

代表者氏名

市有財産売却一般競争入札実施要領を了承の上、入札します。

記

１　物件名

　　　旧栄町市民病院医師住宅（土地・建物）

２　物件の所在地

　　　富山県氷見市栄町3269番2

３　入札金額

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 億 | 千 | 百 | 十 | 万 | 千 | 百 | 十 | 一 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※申込者の印は、印鑑登録された印を使用してください。

※黒色のボールペン又は万年筆により記入してください。

※入札金額への金額の記入は、アラビア数字（0,1,2,3・・・）を使用し、最初の数字の前に「¥」を記入してください。金額を誤って記入した場合は、新しい入札書を使用してください。

［様式第5号］

入札保証金返還請求書

令和　　年　　月　　日

氷見市長　あて

住所

申込者　商号又は名称

代表者氏名

市有財産売却一般競争入札（物件名：旧栄町市民病院医師住宅（土地・建物））に係る入札保証金について、返還事由が生じた場合には、下記の口座へ返還くださるよう申請します。

振込先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 金融機関名 | | 支店名 |
| 預金の種類 | 普通　・　当座　・　その他（　　　　　　　） | | |
| 口座番号 |  | | |
| 口座名義人氏名 | （フリガナ） |  | |
|  | | |

※振込先は、入札の申込者（「様式第1号」に記載した申込者）本人の口座に限ります。申込者と異なる名義人の口座へは返還できません。

［様式第6号］

質　問　票

令和　　年　　月　　日

氷見市長　あて

（財務課扱い）

　市有財産売却一般競争入札に関して、次のとおり質問します。

１　質問者

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名・名称等 |  |
| 担当者氏名 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| ＦＡＸ番号 |  |
| メールアドレス |  |

２　質問内容

|  |  |
| --- | --- |
| 物件名 | 旧栄町市民病院医師住宅（土地・建物） |
| 質問内容 |  |