

印 刷 見 積 仕 様 書

次に掲げる物件について、**2026年1月13日(火)**までに見積書を資産活用課へ提出してください。

なお、見積書は番号ごとに分けてください。※見本は要求課に返却すること※

見積金額は契約希望金額から消費税相当額を除いた額を記載してください。(競争は見積金額で行います。)

本案件についての質問がある場合は、案件公開週の木曜日までに質問書を提出してください。回答の公表は金曜日を予定しています。

見積り合せの結果については、書面又は福山市ホームページにより公表しますので、落札された場合は、公表の日から原則、5日以内に発注書を受領（契約締結）してください。

見積書を提出された場合は、福山市契約規則第3条に基づき、請書をもって契約書に代えること、又は第4条に基づき、見積書をもって契約書に代えることに同意していただいたものとします。なお、契約の履行については、地方自治法施行令、福山市契約規則及び福山市物品調達契約款の定めるところとします。

★本案件は、福山市内に本店を有する方のみご参加いただけます。★

の見積書は、福山地区消防組合用の様式を使用してください。

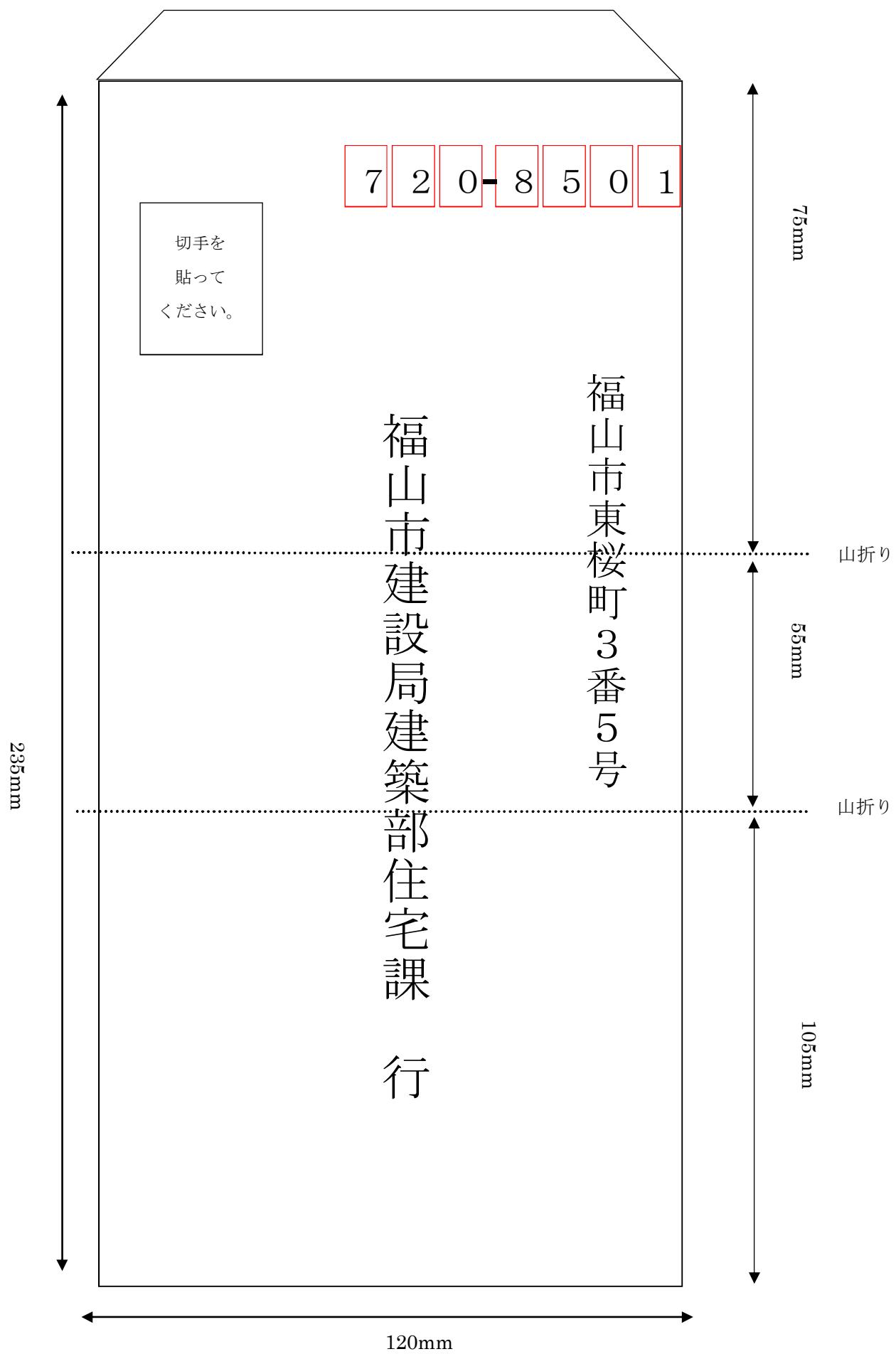
N o. 1

返 信 用 封 筒

印 刷 仕 様 書

- | | |
|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. 名 称 | 長型 3 号 |
| 2. サイズ | (縦) 235 mm × (横) 120 mm |
| 3. 印刷方法 | 表二色 |
| 4. 紙 質 | 封 筒 : 再生クラフト・紙厚 70g/m ² |
| 5. 口 糊 | タック加工 |
| 6. 印 色 | 郵便枠→赤, その他印色→黒 |
| 7. 折り目 | 見本のとおり (2ヶ所) |
| 8. 数 量 | 20,000 枚 |
| 9. 納 期 | 2026 年 (令和 8 年) 3 月 16 日 |
| 10. 納品場所 | 福山市建設局建築部住宅課 |
| 11. 留意事項 | (1) 表面見本のとおり印字
(2) 要校正 (1 回)
(3) 上開き
(4) 梱包は 1,000 枚/1 箱とする。
(5) 納品時は折った状態で箱詰めとする。 |

見本



N o. 2 仕様書

1. 品 名 福山市慢性腎臓病（CKD）予防対策事業 連絡票 I

2. 品質規格その他

A4 サイズ 3部複写
1枚目：40K ピンク
2枚目：40K ピンク
3枚目：40K ピンク
1冊3枚複写 10セット

3. 数 量 550冊

4. 内 容 別添原稿のとおり

5. 納品場所 健康推進課（福山市三吉町南二丁目11番22号）
福山すこやかセンター6階

6. 納入期限 2026年（令和8年）3月19日（木）

7. その他

- ・要校正（2回）。
- ・50冊ごとに梱包すること。
- ・エクセルファイルでの原稿データの提供可。
- ・納品時に印刷データをPDFファイルで納品すること。
- ・納品前に健康推進課に連絡し、納品時間を確認すること。

【問い合わせ先】

福山市 健康推進課

担当：荒目・三好

TEL 084-928-3421

福山市慢性腎臓病(CKD)予防対策事業 連絡票 I

医療機関様

特定健診の結果、福山市慢性腎臓病(CKD)予防対策事業の対象になりましたので、御高診をよろしくお願いします。

年 月 日

【医療機関】		【受診者】	
■医療機関名		フリガナ	
■医師名		■名前	(男・女)
■住所		■住所	
■電話番号		■生年月日	年 月 日
		■被保険者証番号	年 月 日
		■特定健診受診日	年 月 日

【検査の結果、二次医療機関紹介の必要性】

該当項目にチェックをお願いします。

- 無 紹介基準(※1)を満たさず
当院・他院()でフォロー中(※2)
その他()
- 有 二次医療機関にて、フォロー開始
他院()紹介

※1 紹介基準(次のいずれかに該当する人)

- ・eGFR50mL/min/1.73m²未満
(70歳以上では40mL/min/1.73m²未満)
- ・尿蛋白2+以上
- ・尿蛋白と血尿がともに陽性(1+以上)
- ・尿蛋白/クレアチニン比0.5g/gCr以上
- ・その他医師が必要と判断した場合

※2 腎機能のフォローを、今回の受診前から自院・他院でされていることが確認できれば、「無」にチェックしてください。

他院紹介の場合のみ、最後まで記入してください。

【診断名】

【検査項目】検査日: 年 月 日

- 尿蛋白 (− 土 + ++ ++++) (隨時尿 早朝尿)
尿潜血 (− 土 + ++ ++++) (隨時尿 早朝尿)
尿沈渣 ()
尿蛋白/クレアチニン比 (g/gCr) 尿中蛋白濃度 (mg/dL) (隨時尿 早朝尿)
尿中クレアチニン濃度 (mg/dL) (隨時尿 早朝尿)
eGFR (mL/min/1.73m²) 血清クレアチニン (mg/dL)
HbA1c(NGSP値) (%) 血糖値 (mg/dL) (隨時 空腹時)
血圧 (/ mmHg)

【参考項目(特定健診時)】

- 尿蛋白 (− 土 + ++ ++++) 血清クレアチニン (mg/dL)
eGFR (mL/min/1.73m²)

【特記事項】

※二次医療機関への紹介が不要な場合は、福山市へ様式2号-2、2号-3を送付してください。

※この連絡票は、医療機関で保管し、保健事業の目的以外には使用しません。

福山市慢性腎臓病(CKD)予防対策事業 連絡票 I

年 月 日

【医療機関】	【受診者】
■医療機関名	フリガナ
■医師名	■名前 (男・女)
■住所	■住所
■電話番号	■生年月日 年 月 日

■被保険者証番号	■特定健診受診日 年 月 日
----------	----------------

【検査の結果、二次医療機関紹介の必要性】

該当項目にチェックをお願いします。

- 無 紹介基準(※1)を満たさず
当院・他院()でフォロー中(※2)
その他()
- 有 二次医療機関にて、フォロー開始
他院()紹介

※1 紹介基準(次のいずれかに該当する人)

- ・eGFR50mL/min/1.73m²未満
(70歳以上では40mL/min/1.73m²未満)
- ・尿蛋白2+以上
- ・尿蛋白と血尿がともに陽性(1+以上)
- ・尿蛋白/クレアチニン比0.5g/gCr以上
- ・その他医師が必要と判断した場合

※2 腎機能のフォローを、今回の受診前から自院・他院でされていることが確認できれば、「無」にチェックしてください。

他院紹介の場合のみ、最後まで記入してください。

【診断名】

【検査項目】検査日: 年 月 日

- 尿蛋白 (− ± + ++ ++++) (隨時尿 早朝尿)
尿潜血 (− ± + ++ ++++) (隨時尿 早朝尿)
尿沈渣 ()
尿蛋白/クレアチニン比 (g/gCr) 尿中蛋白濃度 (mg/dL) (隨時尿 早朝尿)
尿中クレアチニン濃度 (mg/dL) (隨時尿 早朝尿)
eGFR (mL/min/1.73m²) 血清クレアチニン (mg/dL)
HbA1c(NGSP値) (%) 血糖値 (mg/dL) (隨時 空腹時)
血圧 (/ mmHg)

【参考項目(特定健診時)】

- 尿蛋白 (− ± + ++ ++++)
eGFR (mL/min/1.73m²) 血清クレアチニン (mg/dL)

【特記事項】

※二次医療機関への紹介が不要な場合は、福山市へ様式2号-2、2号-3を送付してください。
 ※この連絡票は、福山市で保管し、保健事業の目的以外には使用しません。

福山市慢性腎臓病(CKD)予防対策事業 連絡票 I

二次医療機関様

検査の結果、二次医療機関での受診が必要と判断されたので、御高診をよろしくお願ひします。

年 月 日

【医療機関】		【受診者】	
■医療機関名		フリガナ	
■医師名		■名前	(男・女)
■住所		■住所	
■電話番号		■生年月日	年 月 日
		■被保険者証番号	
		■特定健診受診日	年 月 日

【検査の結果、二次医療機関紹介の必要性】

該当項目にチェックをお願いします。

- 無 紹介基準(※1)を満たさず
当院・他院()でフォロー中(※2)
その他()
- 有 二次医療機関にて、フォロー開始
他院()紹介

※1 紹介基準(次のいずれかに該当する人)

- ・eGFR50mL/min/1.73m²未満
(70歳以上では40mL/min/1.73m²未満)
- ・尿蛋白2+以上
- ・尿蛋白と血尿がともに陽性(1+以上)
- ・尿蛋白/クレアチニン比0.5g/gCr以上
- ・その他医師が必要と判断した場合

※2 腎機能のフォローを、今回の受診前から自院・他院でされていることが確認できれば、「無」にチェックしてください。

他院紹介の場合のみ、最後まで記入してください。

【診断名】

【検査項目】検査日: 年 月 日

- 尿蛋白 (− ± + ++ ++++) (隨時尿 早朝尿)
尿潜血 (− ± + ++ ++++) (隨時尿 早朝尿)
尿沈渣 ()
尿蛋白/クレアチニン比 (g/gCr) 尿中蛋白濃度 (mg/dL) (隨時尿 早朝尿)
尿中クレアチニン濃度 (mg/dL) (隨時尿 早朝尿)
eGFR (mL/min/1.73m²) 血清クレアチニン (mg/dL)
HbA1c(NGSP値) (%) 血糖値 (mg/dL) (隨時 空腹時)
血圧 (/ mmHg)

【参考項目(特定健診時)】

- 尿蛋白 (− ± + ++ ++++) 尿中蛋白濃度 (mg/dL)
eGFR (mL/min/1.73m²) 血清クレアチニン (mg/dL)

【特記事項】

※二次医療機関への紹介が不要な場合は、福山市へ様式2号-2、2号-3を送付してください。
 ※この連絡票は、二次医療機関で保管し、保健事業の目的以外には使用しません。

N o . 3 「発注票」印刷仕様書

1 部 数

100 冊 (3枚組×50部/冊)

2 用紙

A5判 ノーカーボン50 白色用紙 ミシン目不要

3部複写、但し3枚目については枠より上の部分が複写されないこと (色部分)

3 印刷等

・黒字印刷

・原稿は見本のとおり

1枚目：発注票（控）兼検収記録票

2枚目：発注票

3枚目：物品購入・納品書兼請求明細書

枠内の位置については、1枚目、2枚目、3枚目とも同じ

・右下の番号 2026.3 3×50×100

4 校 正

1回必要

5 納 期

2026年（令和8年）2月27日（金）

6 納入場所

福山市役所7階 ネウボラ推進部保育指導課

發注票(控)兼檢收記錄票

年 月 日

樣

長長園もど育保

検収者サイン

2026. 3 3×50×100

発注票

年 月 日

樣

長長園もど育保

物品購入・納品書兼請求明細書

保育所長様

こども園長様

住所

名前

印

合

計

N o. 4 福山市ファミリー・サポート・センター「援助活動の報告書」印刷仕様書

1. 部 数 50 冊 (3枚×50部/冊)

2. 品質規格等 A4版 黒字印刷

紙 質： 白色 感圧紙 (3枚複写用紙)

印刷色：印刷原稿見本のとおり

原 稿：印刷原稿見本のとおり

とじ穴： 二つ穴

原稿データ：(エクセル) メールにて渡し可

印刷原稿見本・前回原稿見本の添付あり

3. 校 正 2回

4. 納 期 2026年(令和8年) 2月 28日(土)

5. 納品場所 ふくやま子育て応援センター

福山市元町1-1 (天満屋福山店8階)

TEL (084) 932-7285

援助活動の報告書

(福山市ファミリー・サポート・センター用)

1 援助実施日 年 月 日 ()

2 依頼者 会員番号

A				
C				

(保護者の名前) _____

子どもの名前	年齢	時 間
	歳	: ~ :
	歳	: ~ :
	歳	: ~ :

3 援助活動の内容

(1) 預かりのみ (2) 送迎のみ (3) 預かりと送迎

*援助内容(1)~(3)のいずれかに○をしてください。

時 間	内 容	感 想 な ど

注) 内容欄には、来宅、保育所(幼稚園)へ送り、迎え、食事(ミルク、おやつなど)、排せつ、睡眠、遊び、帰宅などを
感想欄には、感じたことや子どもの様子などを記入してください。

4 報酬等

(1) 報酬等

_____ 円

(2) 交通費

注) 自家用車を使用した場合の基準 1km×20円(走行距離の端数は切捨て)

_____ 円

(3) その他実費(食事・おやつ・キャンセル料など)

_____ 円

合 計

円

*以上について確認し、精算を終了しましたので報告します。

年 月 日

福山市ファミリー・サポート・センター

会員番号

B				
C				

名 前 _____

(協力会員)

会員番号

A				
C				

名 前 _____

(依頼会員)

援助活動の報告書

B (協力会員用)

1 援助実施日

年 月 日 ()

2 依頼者 会員番号

A				
C				

(保護者の名前)

子どもの名前	年齢	時 間
	歳	: ~ :
	歳	: ~ :
	歳	: ~ :

3 援助活動の内容

(1) 預かりのみ (2) 送迎のみ (3) 預かりと送迎

※援助内容(1)~(3)のいずれかに○をしてください。

時 間	内 容	感 想 な ど

注) 内容欄には、来宅、保育所（幼稚園）へ送り、迎え、食事（ミルク、おやつなど）、排せつ、睡眠、遊び、帰宅などを
感想欄には、感じたことや子どもの様子などを記入してください。

4 報酬等

(1) 報酬等

円

(2) 交通費

注) 自家用車を使用した場合の基準 1km×20円（走行距離の端数は切捨て）

円

(3) その他実費（食事・おやつ・キャンセル料など）

円

合 計

円

※以上について確認し、精算を終了しましたので報告します。

年 月 日

福山市ファミリー・サポート・センター

会員番号

B				
C				

名 前

(協力会員)

会員番号

A				
C				

名 前

(依頼会員)

援助活動の報告書

△（依頼会員用）

1 援助実施日

年 月 日 ()

2 依頼者 会員番号

A				
C				

(保護者の名前)

子どもの名前	年齢	時 間
	歳	: ~ :
	歳	: ~ :
	歳	: ~ :

3 援助活動の内容

(1) 預かりのみ (2) 送迎のみ (3) 預かりと送迎

※援助内容(1)～(3)のいずれかに○をしてください。

時 間	内 容	感 想 な ど

注) 内容欄には、来宅、保育所（幼稚園）へ送り、迎え、食事（ミルク、おやつなど）、排せつ、睡眠、遊び、帰宅などを
感想欄には、感じたことや子どもの様子などを記入してください。

4 報酬等

(1) 報酬等

円

(2) 交通費

注) 自家用車を使用した場合の基準 1km×20円（走行距離の端数は切捨て）

円

(3) その他実費（食事・おやつ・キャンセル料など）

円

合 計

円

※以上について確認し、精算を終了しましたので報告します。

年 月 日

福山市ファミリー・サポート・センター

会員番号

B				
C				

名 前

（協力会員）

会員番号

A				
C				

名 前

（依頼会員）

No. 5 仕様書

- | | | |
|----|---------|-----------------------------------------|
| 1 | 名 称 | 確申パンチ処理ラベル |
| 2 | サ イ ズ | (たて)72mm × (よこ)95mm |
| 3 | 印 刷 方 法 | 片面印刷（見本のとおり） |
| 4 | 紙 質 | はがせるタイプ裏面粘着剤付き用紙
※ 粘着部分 = 上側より35ミリ程度 |
| 5 | 紙 色 | 白色 |
| 6 | 刷 色 | 単色(青色) |
| 7 | 数 量 | 11, 000枚
※ 1セット200枚綴り(55セット) |
| 8 | 納 期 | 2026年2月6日（金曜日）厳守 |
| 9 | 留 意 事 項 | 要校正
<u>※次のページに粘着が残らないようにすること。</u> |
| 10 | 原 稿 | <u>落札決定業者にはデータ(エクセル・PDF)での提供可</u> |
| 11 | 担 当 者 | 市民税課 長谷川
連絡先 (084) 928-1269 |

見 本