

## 印 刷 見 積 仕 様 書

★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。★

次に掲げる物件について、

2026年2月3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※

見積書は所定の様式で提出をお願いします。

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。

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。

見積り合わ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約款の定めるところとします。

※何番の見積書であるかを必ず見積書内に記載してください。手書き可。例⑤ 例No.5 例)番号:5

※何番の免積書であるかを必ず免積書内に記載してください。 手書き可。 例)⑤ 例)No.5 例)番号:5

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 返信用封筒仕様書

品名：返信用封筒（料金受取人払用）  
数量：29,000 枚  
寸法：たて 235mm × よこ 120mm  
紙質：紙名 別添見本のとおりクラフト封筒  
紙厚 別添見本のとおり 85 g  
印刷方法：オフセット  
印色：別添見本のとおり 郵便枠のみ赤  
福山局承認番号：別添見本のとおり 5150 に修正  
差出有効期間：別添見本のとおり 2027 年 7 月 31 日に修正  
あて名：福山市保健福祉局長寿社会応援部介護保険課行  
その他の別添見本のとおり表面右下部分を「(120×235) 2026.2 29,000」  
に修正  
封筒は 100 枚括束とし箱入りで納入（100 枚ごとの区切りがあればよい）  
折りは無し  
校正：要校正（1回）  
納期：2026 年 3 月 13 日  
納入場所：旧川口幼稚園  
福山市川口町二丁目 2-2  
(門を施錠しているため、御連絡をお願いいたします)  
見本の渡し方：介護保険課にて封筒をお渡しします  
担当者：福山市保健福祉局長寿社会応援部介護保険課 大宮、江村  
電話 084-928-1173

見本

7 2 0 8 7 9 0

料金受取人払郵便

福山局承認

4140

5150

差出有効期間

2027年7月31

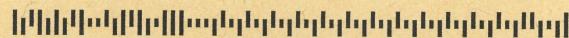
日まで。

切手は不要で  
す。

福山市東桜町3番5号

返 信

福山市保健福祉局長寿社会応援部 介護保険課 行



### 福山市民憲章

- 1 心に太陽をもち 胸をはって元気に働きましょう
- 1 小さな親切を 勇気をもって行いましょう
- 1 きまりを守り よい習慣をつくりましょう
- 1 子どもたちのために 明るい家庭と美しい町をつくりましょう
- 1 文化を育て 健康で平和な社会を築きましょう
- 1 人権を尊重し 差別のない人間関係をつくりましょう

2026.2 29,000  
(120×235) 2025.1 30,000

## N o . 2 仕 様 書

- 1 品 名 情報誌「イコール」第63号
- 2 品質規格 A4判70kg 上質紙A3 二つ折り 8ページ  
フルカラー
- 3 数 量 4,000部
- 4 希望納期 2026年（令和8年）3月4日（水）
- 5 納 入 先 福山市市民局まちづくり推進部  
多様性社会推進課（福山市役所本庁舎9階）  
TEL（084）928-1235
- 6 備 考
- ・資材確認票を納品時に提出すること
  - ・PDFによるデータ有り。
  - ・要校正（2回）
  - ・ページ付けあり
- 7 その他納品物 情報誌「イコール」第63号 PDFデータ

## No. 3 印刷帳票発注仕様書

項目	仕様
帳票名	高齢者・障がい者保健福祉サービス情報提供書
サイズ	A4 2部複写
紙質	ノンカーボン 白色 1枚目 : 50kg / 2枚目 : 40kg
原稿	本文は原則としてワード形式で電子媒体(Eメール)渡しとする。
刷色	黒色
裏面印刷有無	無
カーボン発色	青色
その他	<ul style="list-style-type: none"> <li>帳票の上部を「糊付け」する。(2枚がバラバラにならないように)</li> <li>1冊 50部セット</li> <li>別添見本のとおり。</li> </ul>
印刷部数	200冊

※詳細は別添の見本を参照してください

○納期及び注意事項

- (1)印刷前に要校正(担当:佐藤)
- (2)納入期限 2026年(令和8年)3月4日(水) **厳守!**
- (3)納入場所 福山市役所3階 高齢者支援課 担当:佐藤
- (4)帳票は箱入りで納入するものとする。
- (5)帳票の箱には上記の「帳票名」を印刷又は紙にプリントし糊付けすること。

## 高齢者・障がい者保健福祉サービス情報提供書

年 月 日

福山市長様

医療機関

所在地

名 称

電話番号

医師名

印

利用目的	1 配食サービス	2 生活支援ハウス入所	3 その他 ( )	
利用者名	(男・女)		生年月日 年 月 日 ( 歳 )	
住 所	福山市			
日常生活自立度	障がい高齢者 (自立 J A B C) 認知症高齢者 (自立 I II III IV M)			
診 療 形 態	a 通院 b 在宅…訪問診療 (あり・なし)、訪問看護 (あり・なし)			
病 名	① (初診) 発病 年 月 日	感染症疾患の (有・無)		
今回のサービスと 関連する主病名を ご記入ください。	② (初診) 発病 年 月 日	有の場合具体的に		
	③ (初診) 発病 年 月 日			
治療の内容 現在の処方 今後の方針 など	1 内服の有無 a あり (関連する薬物 : ) b なし			
	2 定期受診の必要性 a 今後も定期受診のこと b 不定期受診でよい			
	3 治療食の必要性 a あり (糖尿病・腎臓食・透析食・その他 : ) b なし			
	4 その他連絡項目			
	※ 5 ~ 7 は配食サービス利用の場合は記入してください (6, 7 はデータがある場合)。			
	5 配食サービスの利用 a 利用してもよい b 治療食が必要なため利用は不適当			
	6 血清アルブミン値 ( g / dl ) 7 身長 ( cm ) 体重 ( kg ) BMI ( )			
症状及び介護上 の留意事項など	1 現在の症状 a 安定している、普段も大体安定している b 安定しているが、時々不安定となる (具体的に : ) c (まだ) 不安定である (具体的に : )			
	2 介護上の注意 a 特に問題となるものはない b 注意が必要 (具体的に : )			
	ADL 関連	• 移動 (自立・一部介助・全面介助)    • 食事行為 (自立・一部介助・全面介助) • 片麻痺、不全麻痺 (あり・なし) 右・左    • 言語障害 (あり・なし) • 意思疎通 (できる・少しできる・できない)    • おむつ使用 (あり・なし) • 入浴 (自立・要介助・不可で清拭のみ)    • 高度難聴 (あり・なし) • 嘔下困難 (あり・なし)    • 褥瘡 (あり・なし) 部位		

## ◆ 注意点

- 1 BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)
- 2 主治医とサービス提供者との連絡は、お互いに密にお願いします。症状の変化などに対しては、主治医との連携により対処してください。
- 3 この情報の提供は、所定の保険点数により処理をお願いします (情報提供料 I )。
- 4 2枚複写とし、1部は医療機関のカルテに添付してください。
- 5 個人情報保護のため、この情報提供書の取扱いに留意ください。

## 高齢者・障がい者保健福祉サービス情報提供書

年 月 日

福 山 市 長 様

医療機関

所 在 地

名 称

電話番号

医 师 名

印

利用目的	1 配食サービス	2 生活支援ハウス入所	3 その他 ( )	
利用者名	(男・女)		生年月日 年 月 日 ( 歳 )	
住 所	福山市			
日常生活自立度	障がい高齢者 (自立 J A B C) 認知症高齢者 (自立 I II III IV M)			
診 療 形 態	a 通院 b 在宅…訪問診療 (あり・なし)、訪問看護 (あり・なし)			
病 名 今回のサービスと 関連する主病名を ご記入ください。	① (初診) 発病 年 月 日	感染症疾患の (有・無) 有の場合具体的に		
	② (初診) 発病 年 月 日			
	③ (初診) 発病 年 月 日			
治療の内容 現在の処方 今後の方針 など	1 内服の有無 a あり (関連する薬物 : ) b なし			
	2 定期受診の必要性 a 今後も定期受診のこと b 不定期受診でよい			
	3 治療食の必要性 a あり (糖尿病・腎臓食・透析食・その他 : ) b なし			
	4 その他連絡項目			
	※5～7は配食サービス利用の場合は記入してください(6、7はデータがある場合)。			
	5 配食サービスの利用 a 利用してもよい b 治療食が必要なため利用は不適当			
	6 血清アルブミン値 ( g / dl ) 7 身長 ( cm ) 体重 ( kg ) BMI ( )			
症状及び介護上 の留意事項など	1 現在の症状 a 安定している、普段も大体安定している b 安定しているが、時々不安定となる (具体的に : ) c (まだ) 不安定である (具体的に : )			
	2 介護上の注意 a 特に問題となるものはない b 注意が必要 (具体的に : )			
ADL関連	• 移動 (自立・一部介助・全面介助)    • 食事行為 (自立・一部介助・全面介助) • 片麻痺、不全麻痺 (あり・なし) 右・左    • 言語障害 (あり・なし) • 意思疎通 (できる・少しできる・できない)    • おむつ使用 (あり・なし) • 入浴 (自立・要介助・不可で清拭のみ)    • 高度難聴 (あり・なし) • 嘔下困難 (あり・なし)    • 褥瘡 (あり・なし) 部位			

## ◆ 注意点

- 1 BMI = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m)
- 2 主治医とサービス提供者との連絡は、お互いに密にお願いします。症状の変化などに対しては、主治医との連携により対処してください。
- 3 この情報の提供は、所定の保険点数により処理をお願いします(情報提供料 I)。
- 4 2枚複写とし、1部は医療機関のカルテに添付してください。
- 5 個人情報保護のため、この情報提供書の取扱いに留意ください。

# 広報紙宅配用封筒 仕様書

## 1. 品名

広報紙宅配用封筒(料金後納)

## 2. 品質規格その他

- ・ 角2 (別添見本のとおり)
- ・ エコ白 RC40 100g/m<sup>2</sup>  
(グリーン購入法の適合かつ、白系の坪量 85～100g/m<sup>2</sup>であれば代替可)
- ・ 定型外郵便用 240mm×332mm
- ・ 印刷色:紫色(別添見本のとおり)
- ・ 印刷:別添見本のとおり
- ・ 要校正(1回)

## 3. 数量

145,200 枚

## 4. 納品場所・納品方法

- ① 福山市東桜町3番5号 情報発信課(市役所本庁舎4階)  
200 枚
- ② 福山市新涯町二丁目21番30号 シルバー人材センター  
145,000 枚(500 枚入り×290 箱)

搬入

- ① 担当:藤岡 TEL:(084)928-1003
- ② 担当:原田 TEL:(084)953-5222

## 5. 納入期限

2026年(令和8年) 3月24日(火)



新聞の購読を始めたときや、転居や転出で住所変更したときは  
情報発信課（TEL084-928-1003）へ連絡してください

広報「ふくやま」電子版には広報紙の  
情報を詳しく掲載しています。



電子版広報  
トップページ

福山市LINE公式アカウントからでも  
広報が読みます。



福山市LINE  
公式アカウント

広報紙が不要になった場合は情報発信課  
へ連絡してください。  
なお、配送停止フォームからも手続きで  
きます。



配送停止  
フォーム