

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10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

| 番号 | 要求課 | 負担行為番号 | 品名 | 品質規格その他 | 納品方法 | 数量呼称 | 納品場所 | 希望納期 |
|----|----------|--------|---------------------------------------|---------|------|---------|------------|------------|
| 1 | 介護保険課 | 104311 | 福山市家族介護用品券 | 仕様書のとおり | 搬入 | 4,500枚 | 介護保険課 | 2026年3月16日 |
| 2 | 多様性社会推進課 | 104088 | 人権啓発リーフレット | 仕様書のとおり | 搬入 | 7,000枚 | 人権交流センター | 2026年3月23日 |
| 3 | 多様性社会推進課 | 104087 | 無意識の思い込み発見かるた | 仕様書のとおり | 搬入 | 100セット | 多様性社会推進課 | 2026年3月23日 |
| 4 | 文化振興課 | 104793 | 「鞆てらす」日本語パンフレット | 仕様書のとおり | 搬入 | 50,000部 | 鞆町並み保存拠点施設 | 2026年3月27日 |
| | | | 「鞆てらす」英語パンフレット | 仕様書のとおり | 搬入 | 2,000部 | 鞆町並み保存拠点施設 | 2026年3月27日 |
| 5 | ネウボラ推進課 | 104749 | 児童手当通知書 | 仕様書のとおり | 搬入 | 10,000枚 | ネウボラ推進課 | 2026年3月19日 |
| 6 | ネウボラ推進課 | 104625 | 精密健康診査受診票 | 仕様書のとおり | 搬入 | 14冊 | ネウボラ推進課 | 2026年3月19日 |
| 7 | まちづくり推進課 | 105801 | 地域ポイント制度(まちづくりパスポート事業) 特典交換用 映画鑑賞チケット | 仕様書のとおり | 搬入 | 7,000枚 | まちづくり推進課 | 2026年3月13日 |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

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。

No. 1 仕 様 書

1. 品 名

福山市家族介護用品券

2. 品質規格その他

両面印刷・A4版・色上質紙（水色）・中厚口
文字色：表2色（赤・黒） 裏1色（黒）
ミシン目3本（詳細は見本のとおりに）・要校正（1回）
整理番号を00001から付番すること。

3. 数 量

4,500枚

4. 納品場所・納品方法

福山市役所本庁舎3階 介護保険課
搬入
※配送業者による警備員室への納品不可。
担当 岡光 TEL084-928-1166

5. 納品状態

500枚を1包とし、整理番号順で納品すること。

6. 納入期限

2026年（令和8年）3月16日（月）

注 意 事 項

この券は福山市家族介護用品支給要綱に基づき交付するものです。よく読んで使用してください。

- ① この券は、紙おむつ、尿とりパッドその他の排泄介助に要する消耗品・使い捨て手袋・清拭剤・ドライシャンプーが購入できます。
- ② この券は、福山市が指定した登録店以外では、使用できません。
- ③ この券は、本人以外使用できません。有効期間を確認し、押印して使用してください。
- ④ この券は、券面額を超えて購入する場合、この超える額は現金を添えるか、又は複数枚の用品券を使用することにより、購入ができます。券面額未満で購入した場合は、差額のつり銭は返戻されません。
- ⑤ この券は、要介護者が入所・入院した場合、又は支給要件が消滅した場合は、使用できません。

[問合せ先]

福山市保健福祉局長寿社会応援部介護保険課
電話 084-928-1166

2025年度（令和7年度）

福山市家族介護用品券

福山市長



| | | | |
|---------|--|-----|--|
| 整理番号 | No 00097 | 交付日 | |
| 介護者名 | ⑩ | | |
| 券面額 | 1, 250円 | | |
| 登録店名 | ⑩ | | |
| 対象介護用品名 | ・紙おむつ ・尿とりパッド ・その他の排泄介助消耗品 ・使い捨て手袋 ・清拭剤 ・ドライシャンプー | | |
| 用品引渡日 | 年 月 日 | | |
| 有効期間 | | | |

2017-介護-633 2025.3. 4500

2025年度（令和7年度）

福山市家族介護用品券

福山市長



| | | | |
|---------|--|-----|--|
| 整理番号 | No 00097 | 交付日 | |
| 介護者名 | ⑩ | | |
| 券面額 | 1, 250円 | | |
| 登録店名 | ⑩ | | |
| 対象介護用品名 | ・紙おむつ ・尿とりパッド ・その他の排泄介助消耗品 ・使い捨て手袋 ・清拭剤 ・ドライシャンプー | | |
| 用品引渡日 | 年 月 日 | | |
| 有効期間 | | | |

2017-介護-633 2025.3. 4500

2025年度（令和7年度）

福山市家族介護用品券

福山市長



| | | | |
|---------|--|-----|--|
| 整理番号 | No 00097 | 交付日 | |
| 介護者名 | ⑩ | | |
| 券面額 | 1, 250円 | | |
| 登録店名 | ⑩ | | |
| 対象介護用品名 | ・紙おむつ ・尿とりパッド ・その他の排泄介助消耗品 ・使い捨て手袋 ・清拭剤 ・ドライシャンプー | | |
| 用品引渡日 | 年 月 日 | | |
| 有効期間 | | | |

2017-介護-633 2025.3. 4500

2025年度（令和7年度）

福山市家族介護用品券

福山市長



| | | | |
|---------|--|-----|--|
| 整理番号 | No 00097 | 交付日 | |
| 介護者名 | ⑩ | | |
| 券面額 | 1, 250円 | | |
| 登録店名 | ⑩ | | |
| 対象介護用品名 | ・紙おむつ ・尿とりパッド ・その他の排泄介助消耗品 ・使い捨て手袋 ・清拭剤 ・ドライシャンプー | | |
| 用品引渡日 | 年 月 日 | | |
| 有効期間 | | | |

2017-介護-633 2025.3. 4500

2025年度（令和7年度）

福山市家族介護用品券

福山市長



| | | | |
|---------|--|-----|--|
| 整理番号 | No 00097 | 交付日 | |
| 介護者名 | ⑩ | | |
| 券面額 | 1, 250円 | | |
| 登録店名 | ⑩ | | |
| 対象介護用品名 | ・紙おむつ ・尿とりパッド ・その他の排泄介助消耗品 ・使い捨て手袋 ・清拭剤 ・ドライシャンプー | | |
| 用品引渡日 | 年 月 日 | | |
| 有効期間 | | | |

2017-介護-633 2025.3. 4500

1. 本事業は、福山市家族介護用品支給要綱に基づく事業です。
2. この券は、福山市が指定した登録店以外では、使用できません。
3. この券は、有効期間を経過した場合は、使用できません。
4. この券は、表記指定の介護用品以外は、購入できません。
5. この券は、券面額未満の介護用品を購入した場合は、つり銭は返戻されません。
6. この券は、券面額を超える介護用品を購入する場合、その超える額は現金を添えるか、又は複数枚の用品券を使用することにより、購入することができます。
7. この券は、他人に売却し、譲渡し、若しくは貸与し、又は担保に供することはできません。
8. この券は、紛失・汚損した場合でも再発行できません。
9. この券は、要介護者が90日を超えて入所・入院した場合、その他市外に転出したこと等により介護用品支給要件が消滅した場合は、使用できません。

【問合せ先】

福山市保健福祉局長寿社会応援部介護保険課
電話 084-928-1166

1. 本事業は、福山市家族介護用品支給要綱に基づく事業です。
2. この券は、福山市が指定した登録店以外では、使用できません。
3. この券は、有効期間を経過した場合は、使用できません。
4. この券は、表記指定の介護用品以外は、購入できません。
5. この券は、券面額未満の介護用品を購入した場合は、つり銭は返戻されません。
6. この券は、券面額を超える介護用品を購入する場合、その超える額は現金を添えるか、又は複数枚の用品券を使用することにより、購入することができます。
7. この券は、他人に売却し、譲渡し、若しくは貸与し、又は担保に供することはできません。
8. この券は、紛失・汚損した場合でも再発行できません。
9. この券は、要介護者が90日を超えて入所・入院した場合、その他市外に転出したこと等により介護用品支給要件が消滅した場合は、使用できません。

【問合せ先】

福山市保健福祉局長寿社会応援部介護保険課
電話 084-928-1166

1. 本事業は、福山市家族介護用品支給要綱に基づく事業です。
2. この券は、福山市が指定した登録店以外では、使用できません。
3. この券は、有効期間を経過した場合は、使用できません。
4. この券は、表記指定の介護用品以外は、購入できません。
5. この券は、券面額未満の介護用品を購入した場合は、つり銭は返戻されません。
6. この券は、券面額を超える介護用品を購入する場合、その超える額は現金を添えるか、又は複数枚の用品券を使用することにより、購入することができます。
7. この券は、他人に売却し、譲渡し、若しくは貸与し、又は担保に供することはできません。
8. この券は、紛失・汚損した場合でも再発行できません。
9. この券は、要介護者が90日を超えて入所・入院した場合、その他市外に転出したこと等により介護用品支給要件が消滅した場合は、使用できません。

【問合せ先】

福山市保健福祉局長寿社会応援部介護保険課
電話 084-928-1166

1. 本事業は、福山市家族介護用品支給要綱に基づく事業です。
2. この券は、福山市が指定した登録店以外では、使用できません。
3. この券は、有効期間を経過した場合は、使用できません。
4. この券は、表記指定の介護用品以外は、購入できません。
5. この券は、券面額未満の介護用品を購入した場合は、つり銭は返戻されません。
6. この券は、券面額を超える介護用品を購入する場合、その超える額は現金を添えるか、又は複数枚の用品券を使用することにより、購入することができます。
7. この券は、他人に売却し、譲渡し、若しくは貸与し、又は担保に供することはできません。
8. この券は、紛失・汚損した場合でも再発行できません。
9. この券は、要介護者が90日を超えて入所・入院した場合、その他市外に転出したこと等により介護用品支給要件が消滅した場合は、使用できません。

【問合せ先】

福山市保健福祉局長寿社会応援部介護保険課
電話 084-928-1166

1. 本事業は、福山市家族介護用品支給要綱に基づく事業です。
2. この券は、福山市が指定した登録店以外では、使用できません。
3. この券は、有効期間を経過した場合は、使用できません。
4. この券は、表記指定の介護用品以外は、購入できません。
5. この券は、券面額未満の介護用品を購入した場合は、つり銭は返戻されません。
6. この券は、券面額を超える介護用品を購入する場合、その超える額は現金を添えるか、又は複数枚の用品券を使用することにより、購入することができます。
7. この券は、他人に売却し、譲渡し、若しくは貸与し、又は担保に供することはできません。
8. この券は、紛失・汚損した場合でも再発行できません。
9. この券は、要介護者が90日を超えて入所・入院した場合、その他市外に転出したこと等により介護用品支給要件が消滅した場合は、使用できません。

【問合せ先】

福山市保健福祉局長寿社会応援部介護保険課
電話 084-928-1166

No. 2 人権啓発リーフレット印刷発注仕様書

- | | | |
|-----|-------|---------------------------|
| 1 | 品 名 | 人権啓発リーフレット |
| 2 | 印刷部数 | 7, 0 0 0 枚 |
| 3 | 納品場所 | 福山市人権交流センター（福山市佐波町 262-3） |
| 4 | 納 期 | 2 0 2 6 年 3 月 2 3 日（月） |
| 5 | 版 形 | A 3 両面 2 つ折り |
| | | 音声コード（4 ヶ所）見本のとおり |
| | | 切り欠き加工（4 ヶ所）見本のとおり |
| 6 | ページ数 | 全 4 ページ |
| 7 | 紙 質 | マットコート紙 1 1 0 K |
| 8 | 色 | フルカラー |
| 9 | 原 稿 | データ渡し イラストレーター |
| | | ※落札決定後に渡す |
| 1 0 | 校 正 | 1 回（色校正） |
| 1 1 | 連 絡 先 | 多様性社会推進課 戸田 |

(0 8 4) 9 2 8 - 1 0 0 6

No. 3 「無意識の思い込み発見かるた」印刷発注仕様書

1 品名

無意識の思い込み発見かるた

2 印刷部数

読み札・取り札 各44枚 100セット

3 納品場所

福山市多様性社会推進課（福山市東桜町3番5号）

4 納期

2026年3月23日（月）

5 読み札・取り札の版型

サイズは縦140mm、横95mmとする。（誤差は10mm以下とする。）

6 紙質

- ・厚みは220kgとする。
- ・用紙はマット系とする。

7 印刷

- ・印刷についてはオンデマンド印刷とする。

8 色

色合いについては各札次のとおりとする。

（読み札）表面：モノクロ 裏面：モノクロ

（取り札）表面：フルカラー 裏面：モノクロ

9 原稿

データ渡し（PDF）

※落札決定後に渡す。

10 校正

1回

11 連絡先

多様性社会推進課 戸田

（電話）（084）928－1006

No. 4 印刷仕様書

1. 印刷品名

- ①「軀てらす」パンフレット

2. 印刷概要

福山市文化振興課が提供するパンフレットデータをもとに、パンフレットを追加で印刷し製本・納品までを行う。

- (1) パンフレットデータは(ai データ、PDF データ等) で提供する。

3. 品質規格その他

- ①「軀てらす」パンフレット

判 型 リーフレット・スリムタイプ 巻き三つ折り ページ
(縦 210mm×横 297mm の用紙を三つ折り)

※サイズの参考として既存パンフレットを提供する。

カラー 両面フルカラー

紙 質 マットコート紙 110kg

部 数 日本語：50,000部

英 語：2,000部

4. 成果品

| | 名 称 | 部 数 | 備 考 |
|---|--------------|---------------------------|---------------------|
| ① | 「軀てらす」パンフレット | 日本語：50,000部 英 語：2,000部 | 3つ折りの状態で 納品すること。 |

5. 納品場所・納品方法

福山市鞆町並み保存拠点施設（福山市鞆町鞆 812 番地 1）1 階 物入に搬入

6. 納入期限

2026 年（令和 8 年）3 月 27 日（金）

7. 特記事項

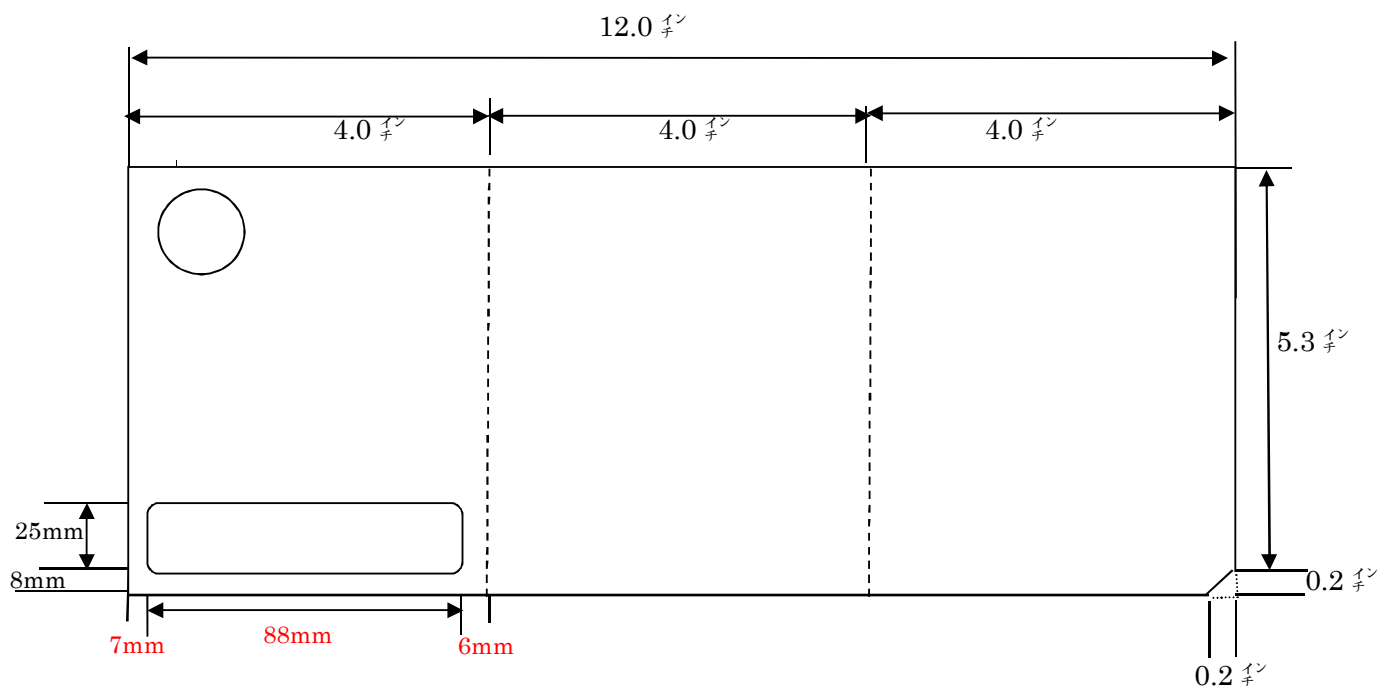
- ◎ 成果品の著作権は福山市に帰属する。
- ◎ 英語版は、表面の案内図及びご利用案内に一部修正作業があります。
- ◎ 本印刷の前に校正（色校正、バランス調整程度）を行い、承諾を受けること。
- ◎ 校正で提供データを編集した場合は編集後の ai データ、PDF データ等も提出すること。

8. その他

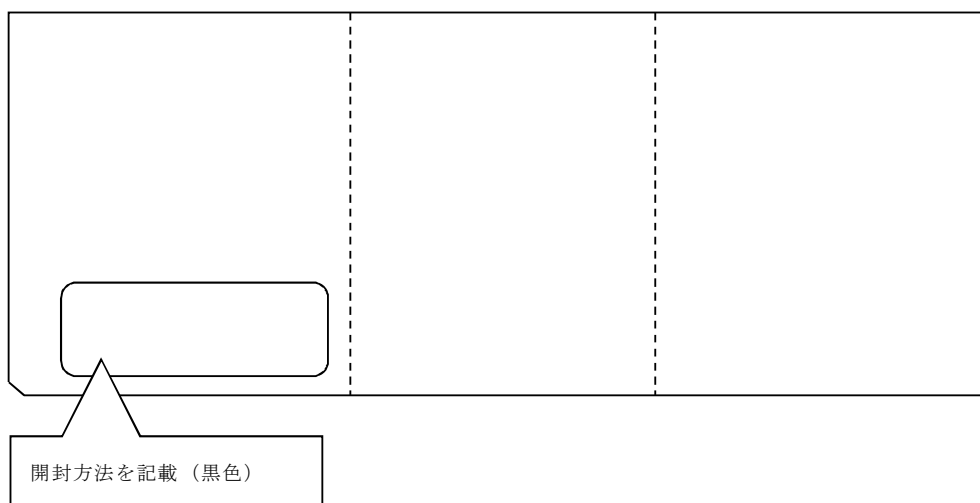
業務内容について疑義が生じた場合は、すみやかに福山市文化振興課と協議すること。

No. 5 印刷仕様について

- 1 帳票名 児童手当通知書
- 2 用紙の種類 三つ折り圧着はがき用紙
- 3 サイズ（イメージは表面）



- 4 印字文字、罫線の色
レモン色（色見本：コニーラップ、レモン＜75.5＞）
- 5 その他の仕様について
 - ① メールシーラー PS-500 型（株式会社 Duplo 製）に対応可能であること。
 - ② プリント面を表にした場合、中間縦ミシンに上下 3 mm のミシン止めをすること。
 - ③ UVインクを使用すること。
 - ④ 宛名面は、圧着による接着力をなくすこと。
 - ⑤ 単票で一箱 2, 0 0 0 枚入りとする。
 - ⑥ プリント面を表にした場合、右下角を切り落とすこと。
- 6 用紙裏面のレイアウト
「ばらのまち ふくやま」の地紋（黒色）



- 7 部数 10,000枚
- 8 校正回数 2回
- 9 原稿渡しは、紙ベース
- 10 納品場所 福山市役所7階 ネウボラ推進課
- 11 納期限 2026年(令和8年)3月19日(木)

担当：ネウボラ推進課(7階) (石川)

TEL：084-928-1070

№. 6 仕様書

1 品名

精密健康診査受診票

2 規格・品質等

- ・サイズ： A4（297ミリ × 210ミリ）
- ・紙質： ノーカーボン複写用紙（白色用紙・黒発色）
 - 1枚目（上用紙）： N40 番手
 - 2枚目（下用紙）： N60 番手
- ・印刷単位： 2枚1組・50組で1冊
 - 上部のり加工
 - マーブル巻き仕上げ
- ・印刷： 1枚目： 片面2色（黒・赤）…公印印影を赤色で印刷
2枚目： 片面1色（黒）、減感処理あり

3 原稿： Excel データ渡し

4 数量： 700組（50組×14冊）

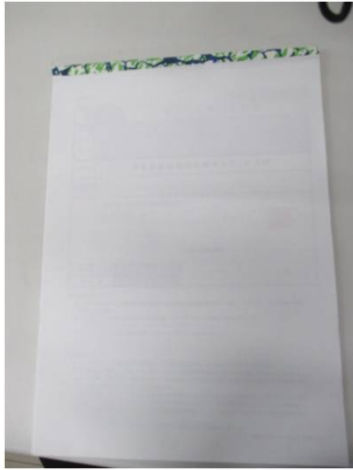
5 校正： 2回（1回目は本紙校正、2回目は本機校正）

6 納期： 2026年（令和8年）3月19日（木）

7 納品先： 福山市役所本庁舎7階ネウボラ推進課

8 担当者： ネウボラ推進課 池田友美（084-928-1252）

見本



表紙：上部のり加工・マーブル巻き仕上げ

1 枚目 (旧様式)

2 枚目 (旧様式)

(次のページは複写)

受診票番号

| | | | |
|---|------------------|---|---|
| 妊婦・乳児 1歳6か月児 3歳児 | | 精密健康診査受診票 (依頼する健康診査に○印をすること。) | |
| 受診者 名前 | (生年月日 . .) | 保護者 名前 | |
| 住所 | 福山市 電話 — — | | |
| 有効期限 | 精密健康診査の依頼日から1か月間 | | |
| 健康診査 依頼要旨 | | | |
| 上記の者の精密健康診査を依頼します。 年 月 日 福山市長 公印 (希望する医療機関) | | | |
| 公費負担者番号 | | | 様 |

《受診される方へ》

- 1 太枠内に記入の上、この受診票を医療機関の窓口に提出してください。親子健康手帳(母子健康手帳)も持参してください。
- 2 この受診票で、診断のために必要な検査(入院を要するものを除く。)を受けられます。
- 3 この受診票を発行した日から、1か月以内に初診を受けてください。
- 4 この受診票は、上記の医療機関で受診された場合のみ有効です。

《医療機関の方へ》

- 1 この受診票による健康診査の費用は、受診者に請求せず、3の方法により請求してください。
- 2 健康診査の範囲は、妊婦・乳児・1歳6か月児・3歳児健康診査の結果、疾病の疑いがあり、その有無についての診断に必要な最小限度の検査で、健康保険法の規定により厚生労働大臣が定める診療報酬の算定方法に掲げる範囲のものとし、治療は除きます。
- 3 費用の請求については、次面の結果票に所定事項を記入の上、1か月分を取りまとめ、妊産婦・乳児・1歳6か月児・3歳児健康診査請求書を作成するとともに、妊産婦・乳児健康診査、1歳6か月児健康診査・3歳児健康診査等費総括表を作成して、翌月10日までに広島県国民健康保険団体連合会に送付してください。
なお、国民健康保険分・社会保険分とも同一の請求方法をお願いします。

| | | | |
|--|---|-------|-------------------------------|
| (年 月分) ～ (年 月分) | | 受診票番号 | |
| 妊 婦 ・ 乳 児 1 歳 6 か 月 児 3 歳 児 | | | |
| 精 密 健 康 診 査 結 果 票 | | | |
| 受 診 者 名 前 | (生年月日 . .) | | 保 護 者 名 前 |
| 住 所 | 福山市 電話 — — | | |
| 所見及び 今 後 の 処 置 | 1 異常なし 2 要経過観察 (所見内容:) 3 要治療 (所見内容:) | | |
| | 該当に○印をし、()内に所見を記入すること。 診査 年 月 日 担当医師名() ※依頼要旨が1歳6か月児健康診査の貧血疑いの場合は、所見にかかわらず、以下に検査結果を記載してください。 注) 食事指導を行った場合は、要治療としてください。 1 血液検査結果 Hb() Fe() UIBC() フェリチン() 2 上記結果に影響を及ぼす疾患 無 ・ 有() [参考] 慢性炎症性疾患、輸血歴等 3 貧血治療の既往 無 ・ 有() ・ 不明 | | |
| 1 X線検査 5 血液検査 7 その他 2 心電図 血球、生化学 3 聴力検査 その他() 4 眼底検査 6 尿化学検査 | | | |
| (該当に○印をすること。) 総点数(保険診療点数も含む。)(点) | | | |
| 公 費 負 担 者 番 号 | | | 保 険 者 負 担 割 合 (該当に○をすること。) |
| | | | 7割 8割 9割 |
| 医療機関コード 所在地 名 称 開設者 福山市長様 | | | |

(※国保分・社保分共通)

この結果票は、ネウボラ推進課で保管します。

(年 月分) ~ (年 月分)

受診票番号

妊婦・乳児
1歳6か月児
3歳児

精密健康診査結果票

受診者
名前

(生年月日

保護者
名前

住 所

福山市

電話

所見及び
今後の
処 置

- 1 異常なし
- 2 要経過観察 (所見内容:
- 3 要治療 (所見内容:

該当に○印をし、()内に所見を記入すること。 ()

※依頼要旨が1歳6か月児健康診査の貧血疑いの() ()
(注) 食事指導を行った場合は、要治療としてください。

- 1 血液検査結果 Hb() Fe()
- 2 上記結果に影響を及ぼす疾患 無・有()
- 3 貧血治療の既往 無・有()

黒塗り部分のみ
複写できるよう
加工してください。

- 1 X線検査
- 2 心電図
- 3 聴力検査
- 4 眼底検査

- 5 血液検査
血球、生化学
その他()
- 6 尿化学検査

その他

(該当に○印をすること。) 総点数(保険診療点数も含む。) (点)

公費負担者番号

保険者負担割合
(該当に○をすること。)

7割

8割

9割

医療機関コード

所在地

名 称

開設者

福山市長様

(※国保分・社保分共通)

この結果票は、ネウボラ推進課で保管します。

No. 7 仕 様 書

1. 品 名

地域ポイント制度（まちづくりパスポート事業）
特典交換用 映画鑑賞チケット

2. 品質・規格

| | | |
|-----|---|---|
| 規 格 | 表 | たて 5. 5 c m × よこ 9 c m 上質紙（厚さ90） カラー刷 |
| | 裏 | 1色刷 |

※3種類あり

- ① 一般・18歳以上（学生除く）
- ② 大学生・専門学生
- ③ 3歳～高校生

原 稿 印刷文案はデータ（PDF）と見本でお渡し。
※データ渡しは契約締結後を予定

校 正 1回

※チケットイメージ

表

裏

| |
|---|
| まちづくりパスポート● 有効期限 MOVIE TICKET 一般・18歳以上(学生除く) |
|---|

| |
|------------|
| 【ご利用上のお願い】 |
|------------|

| |
|-------------|
| ・ ・ ・ |
|-------------|

3. 数 量

7,000枚（①×2,000枚、②×2,000枚、③×3,000枚）

4. 納品場所・納品方法

納品場所 まちづくり推進課（福山市東桜町3番5号）
納品方法 搬入
担当：まちづくり推進課 上田
電話：084-928-1051

5. 納入期限

納 期 2026年（令和8年）3月13日（金）15時