

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9月1日(火)

までに見積書を資産活用課へ提出してください。

見積書提出用メールアドレス【chotatu@city.fukuyama.hiroshima.jp】

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  | 市民課   | 44331  | 住民異動届                     | 仕様書のとおり | 搬入   | 36,000組 | 仕様書のとおり | 2026年9月30日  |
| 2  | 保健予防課 | 44879  | 小児慢性特定疾病医療費自己負担上限額管理票     | 仕様書のとおり | 搬入   | 1,000冊  | 保健予防課   | 2026年10月30日 |
| 3  | 教育推進課 | 38968  | 賞状印刷①                     | 仕様書のとおり | 搬入   | 30枚     | 教育推進課   | 2026年10月30日 |
|    |       |        | 賞状印刷②                     | 仕様書のとおり | 搬入   | 300枚    | 教育推進課   | 2026年10月30日 |
| 4  | 保育施設課 | 44852  | 2027年度(令和9年度)「保育所等入所のご案内」 | 仕様書のとおり | 搬入   | 11,500冊 | 保育施設課   | 2026年10月30日 |
|    |       |        | 入所申込書                     | 仕様書のとおり | 搬入   | 1,500枚  | 保育施設課   | 2026年10月30日 |
|    |       |        | 就労証明書・記入例                 | 仕様書のとおり | 搬入   | 70,000枚 | 保育施設課   | 2026年10月30日 |
|    |       |        | 申立書(出産等)                  | 仕様書のとおり | 搬入   | 6,000枚  | 保育施設課   | 2026年10月30日 |
|    |       |        | 申立書(求職活動要件)・求職活動報告書       | 仕様書のとおり | 搬入   | 2,000枚  | 保育施設課   | 2026年10月30日 |
|    |       |        | 介護状況確認書                   | 仕様書のとおり | 搬入   | 500枚    | 保育施設課   | 2026年10月30日 |
|    |       |        | ひとり親家庭等申立書                | 仕様書のとおり | 搬入   | 2,000枚  | 保育施設課   | 2026年10月30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

住民異動届

## 2 品質規格その他

サイズ A4

紙質 ノンカーボン40（見本添付）

文字色 1枚目 黒（市民課）

2枚目 緑（保険年金課（年金））

3枚目 茶（保険年金課（国保））

印刷 別紙（3枚）のとおり

## 3 注意事項

- ・簡単に剥離しないが、剥がしやすい状態で3枚1組とすること
- ・2枚目及び3枚目の指定の場所（部分）は複写しない処理を施すこと
- ・2枚目及び3枚目の複写が鮮明であること
- ・500組単位で包装し納品すること
- ・納品場所別に指示数量を納品すること
- ・印刷前に要校正（2回）※校正には各2日間を要す（校正時に複写の鮮明さも確認する）

## 4 数量

36,000組

## 5 納品方法・納品場所

搬入場所

| 名称        | 住所                | 電話番号         | 担当 | 数量      |
|-----------|-------------------|--------------|----|---------|
| 市民部市民課    | 福山市東桜町3番5号        | 084-928-1058 | 西尾 | 17,000組 |
| 松永市民サービス課 | 福山市松永町三丁目1番29号    | 084-930-0401 | 杉原 | 4,000組  |
| 北部市民サービス課 | 福山市駅家町大字倉光37番地1   | 084-976-8801 | 柳井 | 4,000組  |
| 東部市民サービス課 | 福山市伊勢丘六丁目6番1号     | 084-940-2570 | 岡田 | 7,000組  |
| 神辺市民サービス課 | 福山市神辺町大字川北1151番地1 | 084-962-5010 | 千葉 | 4,000組  |

## 6 納入期限

2026年（令和8年）9月30日（水）

## 7 問い合わせ先

福山市役所本庁舎1階 市民部市民課

担当：西尾 TEL 084-928-1058

太枠内を強くはっきりと書いてください。性別欄の記入は任意です。本人確認書類をご提示ください。第三者に委任する場合は委任状が必要です。  
市発行の資格確認書がある場合は添付が必要です。

住民異動届

福山市長様

|                  |            |                             |                                   |                                              |                                  |                        |                         |                |                      |                  |                      |      |                                                                                                                                              |        |                                                                                   |
|------------------|------------|-----------------------------|-----------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------|------------------------|-------------------------|----------------|----------------------|------------------|----------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| 異動区分             | 住民国保年金     | 処理区分                        | 転入カード未入国等                         | 住所設定転出取消生在留資格取得                              | 転出カード転出死亡                        | 転居世帯変更世帯分離世帯合併カナ表記     | 届出修正続柄修正                | 本人確認           | 個力・免・旅券在力等・資確・診委・（ ） | 受理通知要<br>転出証明再交付 | 変更区分                 | 一部全部 | 全・全一・全一・全一                                                                                                                                   | 世帯番号   | 新<br>旧                                                                            |
| 届出年月日<br>(今日の日付) | ・          | ・                           | 届出人                               | 1 本人 2 世帯主 3 世帯員 4 代理人 → 代理人の場合は住所を記入してください。 |                                  |                        |                         | 世帯主変更による続柄変更   | 名前                   |                  | 旧                    | 新    | 国保                                                                                                                                           |        |                                                                                   |
| 異動年月日            | ・          | ・                           |                                   | 日中連絡のとれる電話番号 — — 自宅・携帯・勤務先                   |                                  |                        |                         |                | 新世帯主・旧世帯主            |                  |                      |      | 新世帯                                                                                                                                          | 新<br>旧 |                                                                                   |
| 新住所              |            |                             |                                   |                                              | 世帯主                              | フリガナ<br>名前             |                         | 世帯主変更による続柄変更   |                      |                  |                      |      | 旧世帯                                                                                                                                          | 新<br>旧 | 1 取得 新再追 1 社保 加入喪失<br>2 喪失 2 生保 開始<br>3 学該・非 廃止<br>4 遠該・非 3 期限付<br>・資格喪失証明書 4 再交付 |
|                  | 方書（アパート名等） |                             |                                   |                                              |                                  |                        |                         |                |                      |                  |                      |      |                                                                                                                                              |        |                                                                                   |
| 旧住所              |            |                             |                                   |                                              | 世帯主                              | フリガナ<br>名前             |                         | 世帯主変更による続柄変更   |                      |                  |                      |      | 旧世帯                                                                                                                                          | 新<br>旧 | 1 取得 新再追 1 社保 加入喪失<br>2 喪失 2 生保 開始<br>3 学該・非 廃止<br>4 遠該・非 3 期限付<br>・資格喪失証明書 4 再交付 |
|                  | 方書（アパート名等） |                             |                                   |                                              |                                  |                        |                         |                |                      |                  |                      |      |                                                                                                                                              |        |                                                                                   |
| No.              | フリガナ<br>名前 |                             | 住民票コード（転入の時のみ）<br>生年月日 性別 世帯主との続柄 |                                              | 国民健康保険<br>有取再<br>無喪交<br>資マ回<br>収 | 基礎年金番号<br>種別<br>介護     | 個人カード<br>有無<br>特定<br>変更 | 児<br>後         | 国籍・地域<br>区分          | 在留資格<br>在留期間     | 在留カード等<br>番号<br>満了の日 | 在力等  | 即刻・郵送・回収<br>年金                                                                                                                               |        |                                                                                   |
| 1                |            |                             | 大昭平令西暦<br>・                       |                                              | 男女                               | 有取再<br>無喪交<br>資マ回<br>収 | 1 3 任                   | 有無<br>特定<br>変更 | 中永仮経                 | 年 月              | ・                    | 有    | 1 新規取得 1 公年脱<br>2 再取得 2 公年加入<br>3 喪失 3 在外任意<br>4 種別変更 4 その他<br>5 付加年金任意                                                                      |        |                                                                                   |
| 2                |            |                             | 大昭平令西暦<br>・                       |                                              | 男女                               | 有取再<br>無喪交<br>資マ回<br>収 | 1 3 任                   | 有無<br>特定<br>変更 | 中永仮経                 | 年 月              | ・                    | 有    | 1 転出証明書 8 国保<br>2 住・戸・印等 資確・お知らせ<br>3 印鑑カード 学・遠・特療<br>4 個カード 9 国保期間証明<br>5 個力申請書 10 母子手帳等<br>6 在留力等 11 出生届済証明<br>7 特定在力等 12 コード通知票<br>その他〔 〕 |        |                                                                                   |
| 3                |            |                             | 大昭平令西暦<br>・                       |                                              | 男女                               | 有取再<br>無喪交<br>資マ回<br>収 | 1 3 任                   | 有無<br>特定<br>変更 | 中永仮経                 | 年 月              | ・                    | 有    | 1 転出証明書 8 国保<br>2 住・戸・印等 資確・お知らせ<br>3 印鑑カード 学・遠・特療<br>4 個カード 9 国保期間証明<br>5 個力申請書 10 母子手帳等<br>6 在留力等 11 出生届済証明<br>7 特定在力等 12 コード通知票<br>その他〔 〕 |        |                                                                                   |
| 4                |            |                             | 大昭平令西暦<br>・                       |                                              | 男女                               | 有取再<br>無喪交<br>資マ回<br>収 | 1 3 任                   | 有無<br>特定<br>変更 | 中永仮経                 | 年 月              | ・                    | 有    | 1 転出証明書 8 国保<br>2 住・戸・印等 資確・お知らせ<br>3 印鑑カード 学・遠・特療<br>4 個カード 9 国保期間証明<br>5 個力申請書 10 母子手帳等<br>6 在留力等 11 出生届済証明<br>7 特定在力等 12 コード通知票<br>その他〔 〕 |        |                                                                                   |
| 5                |            |                             | 大昭平令西暦<br>・                       |                                              | 男女                               | 有取再<br>無喪交<br>資マ回<br>収 | 1 3 任                   | 有無<br>特定<br>変更 | 中永仮経                 | 年 月              | ・                    | 有    | 1 転出証明書 8 国保<br>2 住・戸・印等 資確・お知らせ<br>3 印鑑カード 学・遠・特療<br>4 個カード 9 国保期間証明<br>5 個力申請書 10 母子手帳等<br>6 在留力等 11 出生届済証明<br>7 特定在力等 12 コード通知票<br>その他〔 〕 |        |                                                                                   |
| 同日戸籍届出           |            | 婚姻・離婚・転籍・入籍・縁組・離縁・出生・その他（ ） |                                   |                                              |                                  |                        |                         |                | 市民課                  |                  | 受付                   |      |                                                                                                                                              |        |                                                                                   |
| 本籍               |            |                             |                                   |                                              | 筆頭者                              |                        |                         |                |                      | 番号               |                      |      |                                                                                                                                              |        |                                                                                   |
| 受付               | 確認         | 個力                          | 在力                                | IC                                           | 国保                               | 給付                     | 年金                      | 入力             | 審査                   | 失期               | No.                  | —    |                                                                                                                                              |        |                                                                                   |
|                  | F          |                             |                                   |                                              |                                  |                        |                         |                |                      |                  | No.                  | —    | [CS・本籍・続柄・最終住民登録地・旅券・山/耕地番・（ ）]                                                                                                              |        |                                                                                   |

◎ 転入された方で以前福山市に住んでいたことがある方は、番号に○をしてください。

◎ 転入された方で以前福山市に住んでいたことがある方は、番号に○をしてください。

太枠内を強くはっきりと書いてください。性別欄の記入は任意です。本人確認書類をご提示ください。第三者に委任する場合は委任状が必要です。  
市発行の資格確認書がある場合は添付が必要です。

住民異動届

福山市長様

|                  |            |                    |                                     |                                 |                           |                                         |                      |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |      |          |                          |      |                        |                  |    |    |     |     |    |    |     |   |      |    |  |  |  |    |   |   |    |     |  |    |   |   |
|------------------|------------|--------------------|-------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------|----------------------|------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------|----------|--------------------------|------|------------------------|------------------|----|----|-----|-----|----|----|-----|---|------|----|--|--|--|----|---|---|----|-----|--|----|---|---|
| 異動区分             | 住民国保年金     | 処理区分               | 転入カード転入<br>未届転入<br>入国等              | 住所設定<br>転出取消<br>出生<br>在留資格取得    | 転出<br>カード転出<br>死亡         | 転居世帯変更<br>世帯主変更<br>世帯分離<br>世帯合併<br>カナ表記 | 届出修正<br>続柄修正         | 本人確認             | 個力・免・旅券<br>在力等・資確・診<br>委・（ ）                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 受理通知要<br>転出証明<br>再交付 | 変更区分 | 一部<br>全部 | 全・全<br>全・一<br>一・全<br>一・一 | 世帯番号 | 新<br>旧                 |                  |    |    |     |     |    |    |     |   |      |    |  |  |  |    |   |   |    |     |  |    |   |   |
| 届出年月日<br>(今日の日付) | ・          | ・                  | 届出人<br>1 本人 2 世帯主 3 世帯員 4 代理人<br>名前 | → 代理人の場合は住所を記入してください。           |                           |                                         |                      |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |      |          |                          |      |                        |                  |    |    |     |     |    |    |     |   |      |    |  |  |  |    |   |   |    |     |  |    |   |   |
| 異動年月日            | ・          | ・                  |                                     | 日中連絡のとれる電話番号 — — 自宅・携帯・勤務先      |                           |                                         |                      |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |      |          |                          |      |                        |                  |    |    |     |     |    |    |     |   |      |    |  |  |  |    |   |   |    |     |  |    |   |   |
| 新住所              |            |                    |                                     |                                 | 世帯主                       | フリガナ<br>名前                              |                      | 世帯主変更による<br>続柄変更 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      | 名前   |          | 旧                        | 新    | 国保<br>新<br>旧<br>新<br>旧 |                  |    |    |     |     |    |    |     |   |      |    |  |  |  |    |   |   |    |     |  |    |   |   |
|                  | 方書（アパート名等） |                    |                                     |                                 |                           |                                         |                      |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      | 旧    | 新        |                          |      |                        |                  |    |    |     |     |    |    |     |   |      |    |  |  |  |    |   |   |    |     |  |    |   |   |
| 旧住所              |            |                    |                                     |                                 | 世帯主                       | フリガナ<br>名前                              |                      |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |      |          | 旧                        | 新    |                        |                  |    |    |     |     |    |    |     |   |      |    |  |  |  |    |   |   |    |     |  |    |   |   |
|                  | 方書（アパート名等） |                    |                                     |                                 |                           |                                         |                      |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |      |          |                          |      |                        |                  |    |    |     |     |    |    |     |   |      |    |  |  |  |    |   |   |    |     |  |    |   |   |
| No.              |            | フリガナ<br>名前         |                                     | 個人番号（マイナンバー）<br>生年月日 性別 世帯主との続柄 |                           | 国民健康<br>保 険                             | 基礎年金番号<br>種 別<br>介 護 |                  | <table><tr><td>番号</td><td>個力</td><td>通力</td><td>住民票</td><td>無</td></tr><tr><td rowspan="2">身元</td><td>顔有</td><td>個力無</td><td>免</td><td>旅券在力</td></tr><tr><td colspan="4">顔無</td></tr><tr><td>代理</td><td>委</td><td>戸</td><td>同世</td><td>個力免</td></tr><tr><td></td><td>資確</td><td>無</td><td>（</td><td>）</td></tr></table> |                      |      |          |                          |      |                        | 番号               | 個力 | 通力 | 住民票 | 無   | 身元 | 顔有 | 個力無 | 免 | 旅券在力 | 顔無 |  |  |  | 代理 | 委 | 戸 | 同世 | 個力免 |  | 資確 | 無 | （ |
| 番号               | 個力         | 通力                 | 住民票                                 | 無                               |                           |                                         |                      |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |      |          |                          |      |                        |                  |    |    |     |     |    |    |     |   |      |    |  |  |  |    |   |   |    |     |  |    |   |   |
| 身元               | 顔有         | 個力無                | 免                                   | 旅券在力                            |                           |                                         |                      |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |      |          |                          |      |                        |                  |    |    |     |     |    |    |     |   |      |    |  |  |  |    |   |   |    |     |  |    |   |   |
|                  | 顔無         |                    |                                     |                                 |                           |                                         |                      |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |      |          |                          |      |                        |                  |    |    |     |     |    |    |     |   |      |    |  |  |  |    |   |   |    |     |  |    |   |   |
| 代理               | 委          | 戸                  | 同世                                  | 個力免                             |                           |                                         |                      |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |      |          |                          |      |                        |                  |    |    |     |     |    |    |     |   |      |    |  |  |  |    |   |   |    |     |  |    |   |   |
|                  | 資確         | 無                  | （                                   | ）                               |                           |                                         |                      |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |      |          |                          |      |                        |                  |    |    |     |     |    |    |     |   |      |    |  |  |  |    |   |   |    |     |  |    |   |   |
| 1                |            | 大 昭 平 令 西 暦<br>・ ・ | 男 女                                 |                                 | 有 取 再<br>無 喪 交<br>資 マ 回 収 | 1 3 任                                   |                      |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |      |          |                          |      |                        |                  |    |    |     |     |    |    |     |   |      |    |  |  |  |    |   |   |    |     |  |    |   |   |
| 2                |            | 大 昭 平 令 西 暦<br>・ ・ | 男 女                                 |                                 | 有 取 再<br>無 喪 交<br>資 マ 回 収 | 1 3 任                                   |                      |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |      |          |                          |      |                        |                  |    |    |     |     |    |    |     |   |      |    |  |  |  |    |   |   |    |     |  |    |   |   |
| 3                |            | 大 昭 平 令 西 暦<br>・ ・ | 男 女                                 |                                 | 有 取 再<br>無 喪 交<br>資 マ 回 収 | 1 3 任                                   |                      |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |      |          |                          |      |                        |                  |    |    |     |     |    |    |     |   |      |    |  |  |  |    |   |   |    |     |  |    |   |   |
| 4                |            | 大 昭 平 令 西 暦<br>・ ・ | 男 女                                 |                                 | 有 取 再<br>無 喪 交<br>資 マ 回 収 | 1 3 任                                   |                      |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |      |          |                          |      |                        |                  |    |    |     |     |    |    |     |   |      |    |  |  |  |    |   |   |    |     |  |    |   |   |
| 5                |            | 大 昭 平 令 西 暦<br>・ ・ | 男 女                                 |                                 | 有 取 再<br>無 喪 交<br>資 マ 回 収 | 1 3 任                                   |                      |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |      |          |                          |      |                        |                  |    |    |     |     |    |    |     |   |      |    |  |  |  |    |   |   |    |     |  |    |   |   |
| 保険年金課（年金）        |            |                    |                                     |                                 |                           |                                         |                      |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |      |          |                          |      |                        | 受<br>付<br><br>番号 |    |    |     |     |    |    |     |   |      |    |  |  |  |    |   |   |    |     |  |    |   |   |
| 受付               | 確認         | 個力                 | 在力                                  | IC                              | 国保                        | 給付                                      | 年金                   |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |      |          |                          |      |                        |                  | 入力 | 審査 | 失期  | No. | —  |    |     |   |      |    |  |  |  |    |   |   |    |     |  |    |   |   |
|                  | F          | /                  | /                                   |                                 |                           |                                         |                      |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |      |          |                          |      |                        |                  |    |    |     | No. | —  |    |     |   |      |    |  |  |  |    |   |   |    |     |  |    |   |   |
|                  |            |                    |                                     |                                 |                           |                                         |                      |                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                      |      |          |                          |      |                        |                  |    |    |     |     |    |    |     |   |      |    |  |  |  |    |   |   |    |     |  |    |   |   |



## No. 2

### 「小児慢性特定疾病医療費自己負担上限額管理票」印刷製本仕様書

- 1 ページ数 20ページ（表紙・裏表紙含む）
- 2 冊数 1,000冊
- 3 製本内容
  - （1）サイズ A6（縦148mm×横105mm）
  - （2）印刷用紙・紙質 上質紙70kg 白色
  - （3）刷色 黒色1色刷り
  - （4）綴じ方 中綴じ  
（受注者側による欠陥がある場合にはやり直すこと。）
- 4 納入期限
  - （1）当初納入期限は2026年（令和8年）10月30日（金）とする。
  - （2）不備が生じた場合における補正後の最終納入期限は2026年（令和8年）11月20日（金）とする。
- 5 納入場所 福山市保健福祉局保健部保健予防課  
〒720-8512  
福山市三吉町南二丁目11番22号  
（福山すこやかセンター4階）
- 6 その他
  - （1）原稿 電子データ（Excel形式）  
※電子データについては、電子メールでの送付
  - （2）校正 1回（必要に応じ再校正）

#### ○参考

別添「小児慢性特定疾病医療費自己負担上限額管理票」冊子

様式第 10 号

# 小児慢性特定疾病医療費 自己負担上限額管理票

ふりがな  
名前

受給者  
番号

福 山 市

保予－2026. 7. 30



# 小児慢性特定疾病医療費

年 月分自己負担上限額管理票

|      |  |       |  |
|------|--|-------|--|
| 受診者名 |  | 受給者番号 |  |
|------|--|-------|--|

月額自己負担上限額 円

| 日付 | 指定医療機関名 | 医療費総額<br>(10割分) | 自己負担の<br>累積額(月額) | 徴収印 |
|----|---------|-----------------|------------------|-----|
|    |         | 自己負担額           |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

| 日付 | 指定医療機関名 | 確認印 |
|----|---------|-----|
|    |         |     |

※自己負担上限額に達した後も、「医療費総額(10割分)」については記載してください。

## ～小児慢性特定疾病医療受給者証をお持ちの方へ～

◎この管理票は、受診の際に必ず持参し、受給者証とともに、医療機関、薬局、訪問看護ステーションの窓口に毎回提示してください。

(管理票の提示がないと、自己負担上限額の適用が受けられない場合があります。)

### 管理票の目的

- ・ 患者さんの1か月の自己負担額が上限額を超えることがないように、医療機関や薬局の窓口で確認するために使用するものです。
- ・ 既に自己負担上限額に達している場合は、この管理票を提示することで自己負担額が徴収されません。

### 注意点

- 1 この管理票を受け取ったら、表紙に名前、受給者番号、また、各ページには年月、受診者名、受給者番号及び自己負担上限額を記入してください。
- 2 受診される際には、必ず医療機関、薬局、訪問看護ステーションにこの管理票、健康保険が確認できる書類(資格確認書、マイナ保険証等)及び受給者証を提出してください。
- 3 指定小児慢性特定疾病医療機関でのみ、小児慢性特定疾病医療を受けることができます。指定小児慢性特定疾病医療機関については、その医療機関の所在地を管轄する都道府県、指定都市又は中核市のホームページ等で確認してください。

### ＜＜連絡先＞＞

福山市保健福祉局保健部保健予防課 電話:084-928-1127

## ～医療機関、薬局、訪問看護ステーションの方へ～

有効期間、自己負担上限額などについては、必ず小児慢性特定疾病医療受給者証を確認してください。

管理票については、次の記載例を参照してください。

自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額（10割分）」については記載いただくようお願いします。

| 小児慢性特定疾病医療費 |         |                          |                  |     |
|-------------|---------|--------------------------|------------------|-----|
| 記載例         |         |                          |                  |     |
| 受診者名        | 福山 花子   | 受給者番号                    | 12345678         |     |
| 月額自己負担上限額   |         | 5,000 円                  |                  |     |
| 日付          | 指定医療機関名 | 医療費総額<br>(10割分)<br>自己負担額 | 自己負担の<br>累積額(月額) | 徴収印 |
| 4月2日        | 〇〇〇病院   | 15,000<br>3,000          | 3,000            | 印   |
| 4月3日        | □□□薬局   | 3,000<br>600             | 3,600            | 印   |
| 4月8日        | △△△病院   | 25,000<br>1,400          | 5,000            | 印   |
|             |         |                          |                  |     |

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

| 日付   | 指定医療機関名 | 確認印 |
|------|---------|-----|
| 4月8日 | △△△病院   | 印   |

※自己負担上限額に達した後も、「医療費総額(10割分)」については記載してください。

## 小児慢性特定疾病医療費

年 月分自己負担上限額管理票

|      |  |       |  |
|------|--|-------|--|
| 受診者名 |  | 受給者番号 |  |
|------|--|-------|--|

月額自己負担上限額 円

| 日付 | 指定医療機関名 | 医療費総額<br>(10割分)<br>自己負担額 | 自己負担の<br>累積額(月額) | 徴収印 |
|----|---------|--------------------------|------------------|-----|
|    |         |                          |                  |     |
|    |         |                          |                  |     |
|    |         |                          |                  |     |
|    |         |                          |                  |     |
|    |         |                          |                  |     |
|    |         |                          |                  |     |
|    |         |                          |                  |     |

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

| 日付 | 指定医療機関名 | 確認印 |
|----|---------|-----|
|    |         |     |

※自己負担上限額に達した後も、「医療費総額(10割分)」については記載してください。

# 小児慢性特定疾病医療費

年 月分自己負担上限額管理票

|      |  |       |  |
|------|--|-------|--|
| 受診者名 |  | 受給者番号 |  |
|------|--|-------|--|

月額自己負担上限額 円

| 日付 | 指定医療機関名 | 医療費総額<br>(10割分) | 自己負担の<br>累積額(月額) | 徴収印 |
|----|---------|-----------------|------------------|-----|
|    |         | 自己負担額           |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

| 日付 | 指定医療機関名 | 確認印 |
|----|---------|-----|
|    |         |     |

※自己負担上限額に達した後も、「医療費総額(10割分)」については記載してください。

※自己負担額を徴収した月日を記入します。徴収が翌月でも小児慢性特定疾病医療を提供した月の管理票へ、徴収した月日と金額を記載してください。

※上段には医療費総額（10割分）の額を記載します。下段には上限額の5,000円に達するまで医療費の2割を徴収した額を記載します。上限額に達した後も、医療費総額（10割分）の額については記載してください。

※窓口で自己負担額を徴収する都度「自己負担額徴収印」欄に押印します。

※月額自己負担額累積額が5,000円に達したときに記載し、確認印を押印します。

※入院時の食事療養費に係る自己負担額については、自己負担上限額を管理する際の累積には含まれません。

# 小児慢性特定疾病医療費

年 月分自己負担上限額管理票

|      |  |       |  |
|------|--|-------|--|
| 受診者名 |  | 受給者番号 |  |
|------|--|-------|--|

月額自己負担上限額 円

| 日付 | 指定医療機関名 | 医療費総額<br>(10割分) | 自己負担の<br>累積額(月額) | 徴収印 |
|----|---------|-----------------|------------------|-----|
|    |         | 自己負担額           |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

| 日付 | 指定医療機関名 | 確認印 |
|----|---------|-----|
|    |         |     |

※自己負担上限額に達した後も、「医療費総額(10割分)」については記載してください。

# 小児慢性特定疾病医療費

年 月分自己負担上限額管理票

|      |  |       |  |
|------|--|-------|--|
| 受診者名 |  | 受給者番号 |  |
|------|--|-------|--|

月額自己負担上限額 円

| 日付 | 指定医療機関名 | 医療費総額<br>(10割分) | 自己負担の<br>累積額(月額) | 徴収印 |
|----|---------|-----------------|------------------|-----|
|    |         | 自己負担額           |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

| 日付 | 指定医療機関名 | 確認印 |
|----|---------|-----|
|    |         |     |

※自己負担上限額に達した後も、「医療費総額(10割分)」については記載してください。

# 小児慢性特定疾病医療費

年 月分自己負担上限額管理票

|      |  |       |  |
|------|--|-------|--|
| 受診者名 |  | 受給者番号 |  |
|------|--|-------|--|

月額自己負担上限額 円

| 日付 | 指定医療機関名 | 医療費総額<br>(10割分) | 自己負担の<br>累積額(月額) | 徴収印 |
|----|---------|-----------------|------------------|-----|
|    |         | 自己負担額           |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

| 日付 | 指定医療機関名 | 確認印 |
|----|---------|-----|
|    |         |     |

※自己負担上限額に達した後も、「医療費総額(10割分)」については記載してください。

# 小児慢性特定疾病医療費

年 月分自己負担上限額管理票

|      |  |       |  |
|------|--|-------|--|
| 受診者名 |  | 受給者番号 |  |
|------|--|-------|--|

月額自己負担上限額 円

| 日付 | 指定医療機関名 | 医療費総額<br>(10割分) | 自己負担の<br>累積額(月額) | 徴収印 |
|----|---------|-----------------|------------------|-----|
|    |         | 自己負担額           |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

| 日付 | 指定医療機関名 | 確認印 |
|----|---------|-----|
|    |         |     |

※自己負担上限額に達した後も、「医療費総額(10割分)」については記載してください。

# 小児慢性特定疾病医療費

年 月分自己負担上限額管理票

|      |  |       |  |
|------|--|-------|--|
| 受診者名 |  | 受給者番号 |  |
|------|--|-------|--|

月額自己負担上限額 円

| 日付 | 指定医療機関名 | 医療費総額<br>(10割分) | 自己負担の<br>累積額(月額) | 徴収印 |
|----|---------|-----------------|------------------|-----|
|    |         | 自己負担額           |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

| 日付 | 指定医療機関名 | 確認印 |
|----|---------|-----|
|    |         |     |

※自己負担上限額に達した後も、「医療費総額(10割分)」については記載してください。

# 小児慢性特定疾病医療費

年 月分自己負担上限額管理票

|      |  |       |  |
|------|--|-------|--|
| 受診者名 |  | 受給者番号 |  |
|------|--|-------|--|

月額自己負担上限額 円

| 日付 | 指定医療機関名 | 医療費総額<br>(10割分) | 自己負担の<br>累積額(月額) | 徴収印 |
|----|---------|-----------------|------------------|-----|
|    |         | 自己負担額           |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

| 日付 | 指定医療機関名 | 確認印 |
|----|---------|-----|
|    |         |     |

※自己負担上限額に達した後も、「医療費総額(10割分)」については記載してください。

# 小児慢性特定疾病医療費

年 月分自己負担上限額管理票

|      |  |       |  |
|------|--|-------|--|
| 受診者名 |  | 受給者番号 |  |
|------|--|-------|--|

月額自己負担上限額 円

| 日付 | 指定医療機関名 | 医療費総額<br>(10割分) | 自己負担の<br>累積額(月額) | 徴収印 |
|----|---------|-----------------|------------------|-----|
|    |         | 自己負担額           |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

| 日付 | 指定医療機関名 | 確認印 |
|----|---------|-----|
|    |         |     |

※自己負担上限額に達した後も、「医療費総額(10割分)」については記載してください。

# 小児慢性特定疾病医療費

年 月分自己負担上限額管理票

|      |  |       |  |
|------|--|-------|--|
| 受診者名 |  | 受給者番号 |  |
|------|--|-------|--|

月額自己負担上限額 円

| 日付 | 指定医療機関名 | 医療費総額<br>(10割分) | 自己負担の<br>累積額(月額) | 徴収印 |
|----|---------|-----------------|------------------|-----|
|    |         | 自己負担額           |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

| 日付 | 指定医療機関名 | 確認印 |
|----|---------|-----|
|    |         |     |

※自己負担上限額に達した後も、「医療費総額(10割分)」については記載してください。

# 小児慢性特定疾病医療費

年 月分自己負担上限額管理票

|      |  |       |  |
|------|--|-------|--|
| 受診者名 |  | 受給者番号 |  |
|------|--|-------|--|

月額自己負担上限額 円

| 日付 | 指定医療機関名 | 医療費総額<br>(10割分) | 自己負担の<br>累積額(月額) | 徴収印 |
|----|---------|-----------------|------------------|-----|
|    |         | 自己負担額           |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

| 日付 | 指定医療機関名 | 確認印 |
|----|---------|-----|
|    |         |     |

※自己負担上限額に達した後も、「医療費総額(10割分)」については記載してください。

# 小児慢性特定疾病医療費

年 月分自己負担上限額管理票

|      |  |       |  |
|------|--|-------|--|
| 受診者名 |  | 受給者番号 |  |
|------|--|-------|--|

月額自己負担上限額 円

| 日付 | 指定医療機関名 | 医療費総額<br>(10割分) | 自己負担の<br>累積額(月額) | 徴収印 |
|----|---------|-----------------|------------------|-----|
|    |         | 自己負担額           |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |
|    |         |                 |                  |     |

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

| 日付 | 指定医療機関名 | 確認印 |
|----|---------|-----|
|    |         |     |

※自己負担上限額に達した後も、「医療費総額(10割分)」については記載してください。

## No.3 仕 様 書

### 1. 品 名

賞状印刷①

賞状印刷②

### 2. 品質規格その他

①

サ イ ズ : 縦 2 5 7 ~ 2 6 6 mm × 横 3 6 4 ~ 3 9 0 mm (B 4 サイズ)

紙 質 : ケント紙 (米坪  $\text{m}^2$  / 2 3 0 g、四六判 1 9 8 k g)

色 : 白地

枠 : 金縁

枠デザイン : 鳳凰枠

縦書き用

②

サ イ ズ : 縦 2 9 7 ~ 3 1 0 mm × 横 2 1 0 ~ 2 1 8 mm (A 4 サイズ)

紙 質 : ケント紙 (米坪  $\text{m}^2$  / 2 3 0 g、四六判 1 9 8 k g)

色 : 白地

枠 : 金縁

枠デザイン : 鳳凰枠

横書き用

印刷文字内容

印刷文字は枠の中にバランスよく配置する。

本文は別紙のとおり。なるべく用紙中央になるようにする。

契約後にデータ送付。

印影の印刷あり (色はカラー印刷、濃い朱色)。

校正 1 回

### 3. 数量

① (B 4) 3 0 枚

② (A 4) 3 0 0 枚

### 4. 納品場所・納入方法

福山市役所本庁舎 1 3 階 教育推進課 搬入

### 5. 納入期限

2 0 2 6 年 (令和 8 年) 1 0 月 3 0 日 (金)

# 賞状

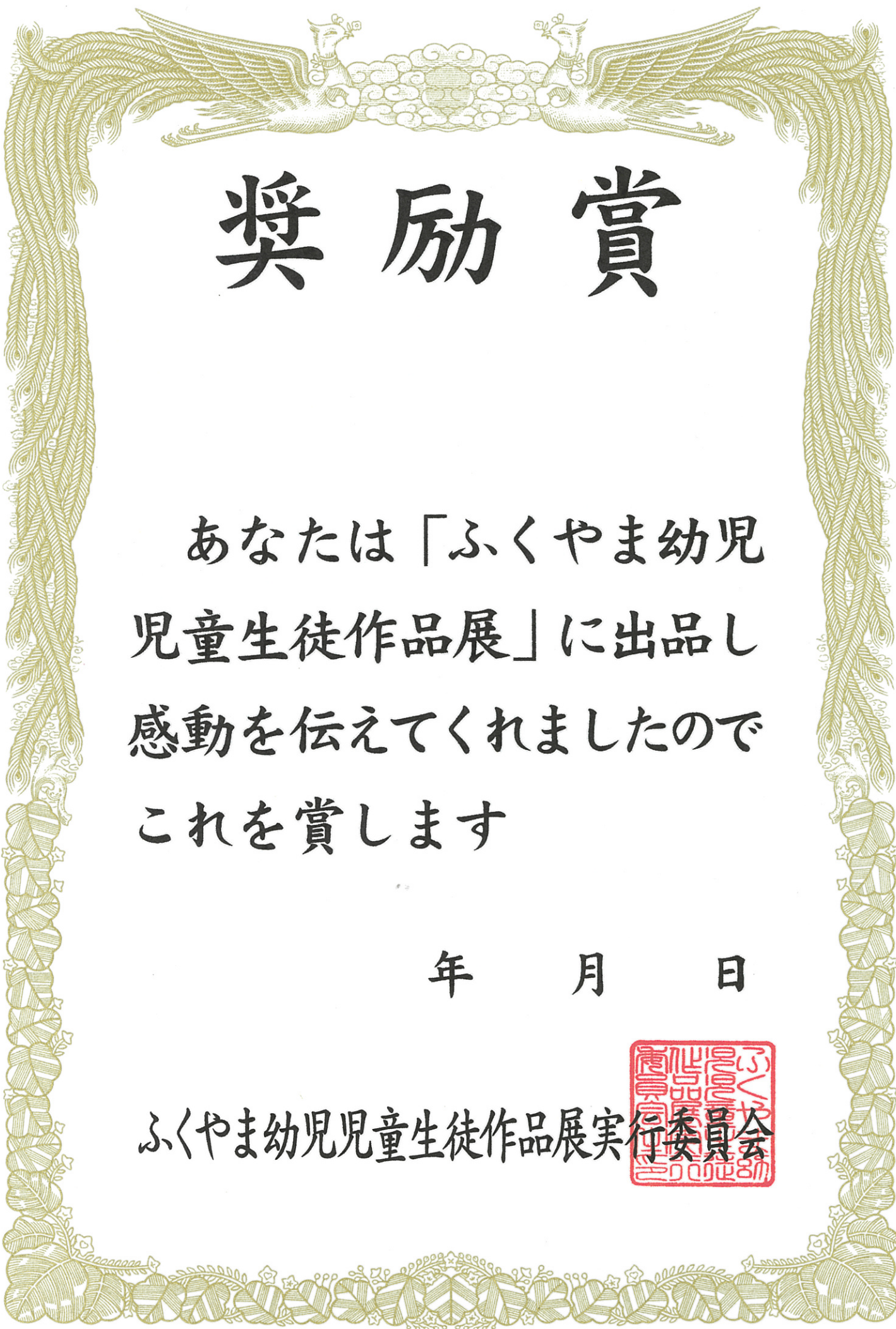
優秀賞

あなたは「ふくやま幼児  
児童生徒作品展」において  
すばらしい成績をおさめら  
れましたのでその努力を賞  
します

年 月 日

ふくやま幼児児童生徒作品展実行委員会





# 奨励賞

あなたは「ふくやま幼児  
児童生徒作品展」に出品し  
感動を伝えてくれたので  
これを賞します

年 月 日

ふくやま幼児児童生徒作品展実行委員会



## No. 4 2027 年度(令和 9 年度)「保育所等入所のご案内」仕様書

### 1 冊子の仕様 左糊とじ 2 枚目～26 枚目頁入れ

| ページ     | 内容                  | 印刷 | 用紙           | 文字色 |
|---------|---------------------|----|--------------|-----|
| 1 枚目    | 表紙・目次               | 両面 | A4 上質 70K 水色 | 黒   |
| 2～24 枚目 | 本文                  | 両面 | A4 上質 70K 白色 | 黒   |
| 25 枚目   | 入所申込書記載例            | 両面 | A4 上質 55K 白色 | 黒   |
| 26 枚目   | 本文                  | 表面 | A4 上質 55K 白色 | 黒   |
| 27 枚目   | 入所申込書               | 両面 | A4 上質 55K 白色 | 黒   |
| 28 枚目   | マイナンバー記入様式          | 両面 | A4 上質 55K 白色 | 黒   |
| 29 枚目   | 就労証明書・記入例           | 両面 | A4 上質 55K 白色 | 黒   |
| 30 枚目   | 就労証明書・記入例           | 両面 | A4 上質 55K 白色 | 黒   |
| 31 枚目   | 申立書（出産等）            | 表面 | A4 上質 55K 白色 | 黒   |
| 32 枚目   | 申立書（求職活動要件）・求職活動報告書 | 両面 | A4 上質 55K 白色 | 黒   |
| 33 枚目   | 介護状況確認書             | 両面 | A4 上質 55K 白色 | 黒   |
| 34 枚目   | ひとり親家庭等申立書          | 両面 | A4 上質 55K 白色 | 黒   |
| 35 枚目   | 裏紙                  | 裏面 | A4 上質 70K 水色 | 黒   |

### 2 原稿渡し データ（Excel、Word、PDF）レイアウト調整

※9 月 11 日（金）を予定

### 3 数量 11,500 冊（50 冊束）

### 4 バラ刷り

※次の様式については、冊子とは別にバラ刷りをする事

|       |                     |          |
|-------|---------------------|----------|
| 27 枚目 | 入所申込書               | 1,500 枚  |
| 29 枚目 | 就労証明書・記入例           | 70,000 枚 |
| 31 枚目 | 申立書（出産等）            | 6,000 枚  |
| 32 枚目 | 申立書（求職活動要件）・求職活動報告書 | 2,000 枚  |
| 33 枚目 | 介護状況確認書             | 500 枚    |
| 34 枚目 | ひとり親家庭等申立書          | 2,000 枚  |

### 5 納期限 10 月 30 日（金） ※期限厳守

6 納品場所 本庁 7 階 保育施設課

7 要校正 原稿渡し以降、発注者の都合により発生した軽微な原稿修正は、校正の一貫として対応すること。3 回校正までとする。

8 その他 最終データを PDF 化し、納期限までにメールで納品すること。