

コンピュータ帳票見積仕様書

次に掲げる物件について、**2026年10月20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

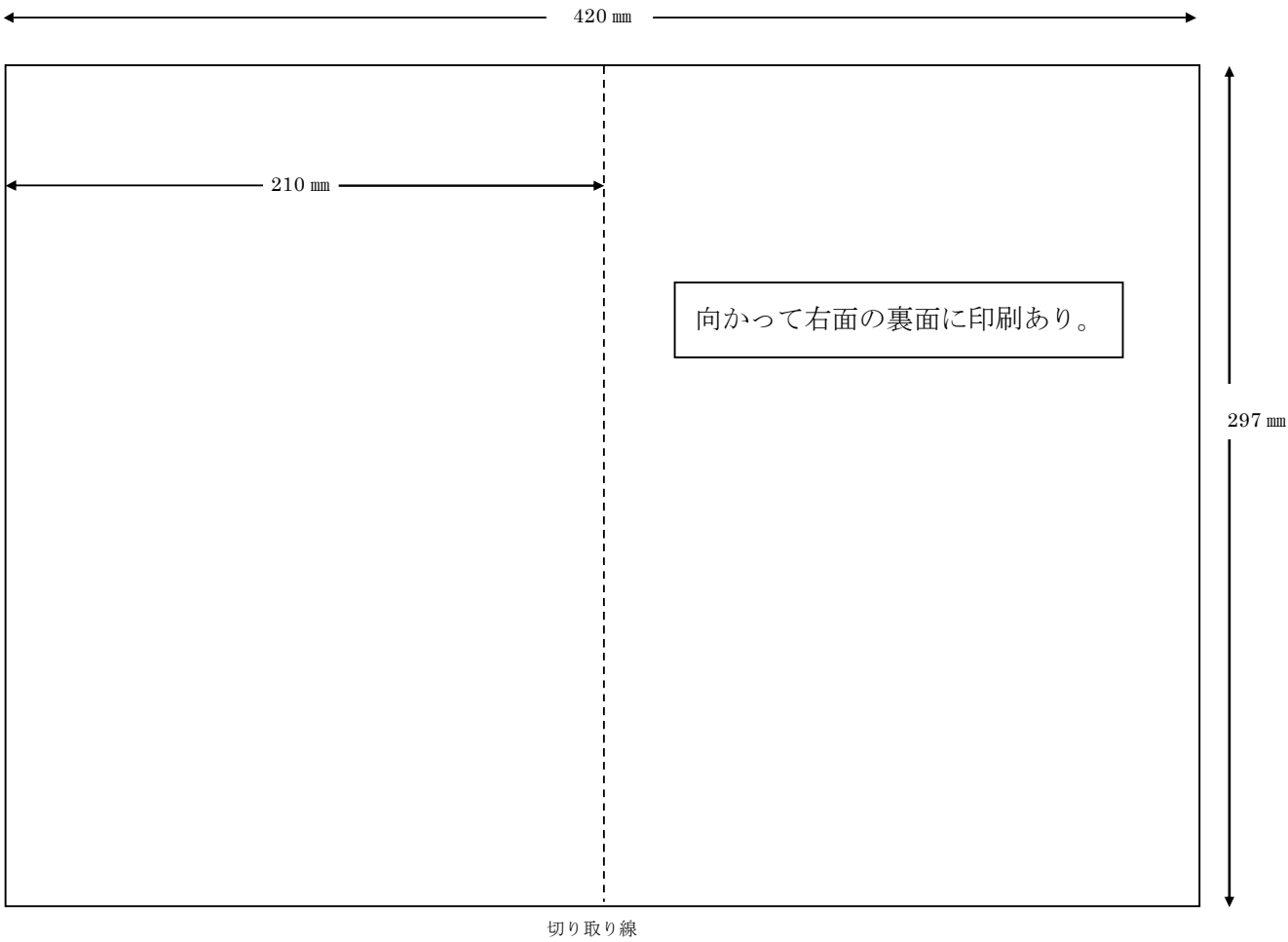
番号	要求課	負担行為番号	品名	品質規格その他	納品方法	数量呼称	納品場所	希望納期
1	保育施設課	61018	放課後児童クラブ事業利用申込用紙	仕様書のとおり	搬入	18,000枚	保育施設課	2026年11月20日
2	みらい世代育成課	62721	こども医療費受給者証(単票)	仕様書のとおり	搬入	3,750枚	みらい世代育成課	2026年11月30日
			こども医療費受給者証(単票:更新用)	仕様書のとおり	搬入	30,500枚	みらい世代育成課	2026年11月30日

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

放課後児童クラブ事業利用申込用紙

サイズ	A 3 サイズ 297 mm（縦）×420 mm（横）
用紙	上質紙 白色 70kg 単票
文字色	灰色
枚数	18,000 枚
ミシン線	中央に切りミシンを入れること（縦1本） タイ／カットの比率が中央ミシンの方が折れにくくなること
印刷	裏面の印刷内容は別紙のとおり 裏面中央ミシン線の印刷が中央切りミシンと一致すること 表面に後で印刷するため、表裏の間違いに注意すること
校正	要（1回）
原稿渡し	紙ベース
納品場所・納品方法	福山市役所本庁舎7階 保育施設課・搬入
担当者	榎（TEL：084-928-1114）
納期	2026 年（令和8年）11 月 20 日
その他	納品後使用プリンタ：高速フルカラープリンタ GD9630 PREMIUM



【別紙：裏面】

放課後児童クラブ事業利用申込みに係る同意について

この同意は、子ども・子育て支援法に基づく地域子ども・子育て支援事業として、児童福祉法第6条の3第2項に規定する放課後児童健全育成事業（放課後児童クラブ事業）を利用するために必要なものです。次の同意内容をお読みいただき「放課後児童クラブ事業利用申込書」（表面）に署名してください。

NO	同意内容
1	放課後児童クラブ事業を利用するために必要な住民情報及び利用料の決定に必要な市町村民税の情報（同一住所の者を含む）及び就学援助制度の申請にかかる情報を閲覧すること。
2	課税台帳及び世帯状況の調査の結果、税額等に相違がある場合に、さかのぼって放課後児童クラブ利用料の変更決定を行う場合があること。
3	放課後児童クラブ事業を利用するために必要な申込児童の健康状態及び配慮事項について、保育所等及び学校等の関係機関と連携すること。
4	放課後児童クラブ利用料の滞納が続いたときは、放課後児童クラブ事業の利用の承諾を解除する場合があること。 また、放課後児童クラブ利用料の滞納整理のために、市の職員が私の自宅及び勤務先へ電話又は訪問し、私の勤務先への給与照会、金融機関等への財産調査及び差押当の滞納処分、児童手当に係る徴収に関する申出書の提出の依頼を行うこと。
5	本申込書の提出時に放課後児童クラブ利用料の滞納が続いている場合は、市の職員が私の自宅及び勤務先に電話又は訪問し、児童手当に係る徴収に関する申出書の提出を依頼する場合があること。

利用料の免除について

世帯員全員が非課税の場合は、利用料が免除になります。

※2026年・2027年1月1日に福山市に住民票がない保護者（市町村民税非課税の場合に限る）については、それぞれの1月1日に住民登録していた自治体から、市町村民税非課税証明書を取得し、入会申込の際に放課後児童クラブに提出してください。

市町村民税非課税証明書の提出がない場合は、利用料は免除になりません。

収入	市民税の年度	利用料	※非課税証明書の提出が必要な保護者
2025年中 (令和7年中)	2026年度 (令和8年度)	<u>2027年度(令和9年度)4月から8月までの利用料</u> ※新年度申込・年度途中申込・春・夏・冬休みの申込みの利用料については、利用承諾時にお知らせします。	2026年(令和8年) 1月1日に住民票が福山市にない保護者
2026年中 (令和8年中)	2027年度 (令和9年度)	<u>2027年度(令和9年度)9月から3月までの利用料</u> ※利用料に変更が生じた場合は、9月中にお知らせします。	2027年(令和9年) 1月1日に住民票が福山市にない保護者

No.2-1 仕様書

こども医療費受給者証（単票）

項 目	仕 様
サイズ	210mm×297mm
紙質	上質紙 80 キロ
色	桃色
印刷	見本のとおり
文字色	黒
ミシン線（切り取り線）	見本のとおり（切れにくい仕様）
数量	3,750 枚
校正	要（2 回）
原稿渡し	紙媒体（見本のとおり） 裏面の内容については落札決定後手渡し
納期	2026 年（令和 8 年）11 月 30 日（月）
納品場所	福山市役所 みらい世代育成課（本庁舎 7 階）
納品状態	1 箱 1,000 枚入りの状態で納品してください。

《問合せ先》

福山市役所 みらい世代育成課（7 階）

担当 西尾

直通 084-928-1070（内線 7278）

子ども医療費受給者証									
公費負担者番号		9	0	3	4	0	0	8	4
公費負担医療の受給者番号									
こ ど も	名前								
	生年月日								
	住所								
保護者	名前								
一部負担金 (自己負担) 限度額	通院	500円／日 (月4日まで)							
	入院	500円／日 (月14日まで)							
有効期間									
発行機関名 及び印		広島県 福山市長						公印	
交付年月日									

A4 色上80 2026.7 7,500
11 7,500

裏面の注意事項をご覧ください。

子ども医療費受給者証									
公費負担者番号		9	0	3	4	0	0	8	4
公費負担医療の受給者番号									
こ ど も	名前								
	生年月日								
	住所								
保護者	名前								
一部負担金 (自己負担) 限度額	通院	500円／日 (月4日まで)							
	入院	500円／日 (月14日まで)							
有効期間									
発行機関名 及び印		広島県 福山市長						公印	
交付年月日									

A4 色上80 2026.7 7,500
11 7,500

裏面の注意事項をご覧ください。

受給者証送付のお知らせ

◎ 対象年齢

~~中学校3年生まで~~ 高校生年代まで

◎ 受給資格の更新

小学校就学前までは、年齢毎に更新があります。更新手続は原則不要です。手続が必要な方には個別に案内を送ります。就学後については、6歳到達後最初の4月1日から15歳到達後最初の3月31日までの証を交付します。

◎ 一部負担金

1 医療機関につき1日500円(500円未満はその金額)を窓口で負担してください。院外処方薬局、治療用装具は無料です。

1 医療機関で1か月あたり通院は4日、入院は14日まで、1日500円を負担してください。それ以降は、同じ医療機関ではその月において無料です。

※ 保険適用外の医療費は助成対象外です。

★★ 次の人は、払戻しの申請が必要です ★★

みらい世代育成課又は各支所へ申請をしてください。

《県外の医療機関で支払った保険診療費がある場合》

- 県内でも受給者証の未提示により、支払った保険診療費を含みます。
- 食事代は除きます。

《治療用装具(コルセット等)を購入した場合》

- 領収書のほかに医師の作成指示書や診断書、装具装着証明書、ご加入の健康保険からの支給決定通知書が必要です。

◎申請に必要なもの

印かん(認印可)、受給者証、領収書の原本(保険点数が分かるもの)、こどもの健康保険の情報を証明するもの、預金通帳、本人確認書類

※ ご加入の健康保険から高額療養費や付加給付、療養費の支給を受けることができる場合は、支給決定通知書等も必要です。

※ 受診された翌月以降に申請してください。

支払いの翌日から5年以内であれば、払戻し申請できます。

注 意 事 項

- 1 この証は保険診療自己負担額(入院時の食事にかかる自己負担額を除く)の一部の助成を受けることができる証です。
- 2 県内の医療機関を受診するときは、マイナ保険証等とこの証を必ず窓口に提示してください。
- 3 県外の医療機関を受診するときは使用できません。
本人が立替え払いし、領収書の原本(こどもの名前、受診日、保険点数、領収額の記載があり、通院の場合は1日ごとの内容がわかるもの。)、受給者証、健康保険の情報を証明するもの、印かん、通帳、本人確認書類を持参し、受診された翌月以降に支給申請してください。ご加入の健康保険から高額療養費や付加給付の支給を受けることができる場合は、支給決定通知書等も必要です。
- 4 治療用装具を作成した場合は、領収書、受給者証、健康保険の情報を証明するもの、印かん、通帳、本人確認書類、作成指示書や診断書、装着証明書、ご加入の健康保険からの支給決定通知書を持参し、支給申請してください。
- 5 200床以上の病院での紹介状なしの初診並びに健康診断、予防接種、歯列矯正、室料差額、おむつ代など保険診療費以外のものは助成対象外です。
- 6 名前、住所、加入している健康保険に変更があるときは、すみやかに届け出てください。
- 7 受給者証を紛失した場合は、再交付の手続をしてください。
- 8 受給者の資格がなくなったときや、有効期限を超過したときは、この証は使用できません。すみやかに返還又は処分してください。

問合せ先 みらい世代育成課 ☎ 084-928-1070

受給者証送付のお知らせ

◎ 対象年齢

~~中学校3年生まで~~ 高校生年代まで

◎ 受給資格の更新

小学校就学前までは、年齢毎に更新があります。更新手続は原則不要です。手続が必要な方には個別に案内を送ります。就学後については、6歳到達後最初の4月1日から15歳到達後最初の3月31日までの証を交付します。

◎ 一部負担金

1 医療機関につき1日500円(500円未満はその金額)を窓口で負担してください。院外処方薬局、治療用装具は無料です。

1 医療機関で1か月あたり通院は4日、入院は14日まで、1日500円を負担してください。それ以降は、同じ医療機関ではその月において無料です。

※ 保険適用外の医療費は助成対象外です。

★★ 次の人は、払戻しの申請が必要です ★★

みらい世代育成課又は各支所へ申請をしてください。

《県外の医療機関で支払った保険診療費がある場合》

- 県内でも受給者証の未提示により、支払った保険診療費を含みます。
- 食事代は除きます。

《治療用装具(コルセット等)を購入した場合》

- 領収書のほかに医師の作成指示書や診断書、装具装着証明書、ご加入の健康保険からの支給決定通知書が必要です。

◎申請に必要なもの

印かん(認印可)、受給者証、領収書の原本(保険点数が分かるもの)、こどもの健康保険の情報を証明するもの、預金通帳、本人確認書類

※ ご加入の健康保険から高額療養費や付加給付、療養費の支給を受けることができる場合は、支給決定通知書等も必要です。

※ 受診された翌月以降に申請してください。

支払いの翌日から5年以内であれば、払戻し申請できます。

注 意 事 項

- 1 この証は保険診療自己負担額(入院時の食事にかかる自己負担額を除く)の一部の助成を受けることができる証です。
- 2 県内の医療機関を受診するときは、マイナ保険証等とこの証を必ず窓口に提示してください。
- 3 県外の医療機関を受診するときは使用できません。
本人が立替え払いし、領収書の原本(こどもの名前、受診日、保険点数、領収額の記載があり、通院の場合は1日ごとの内容がわかるもの。)、受給者証、健康保険の情報を証明するもの、印かん、通帳、本人確認書類を持参し、受診された翌月以降に支給申請してください。ご加入の健康保険から高額療養費や付加給付の支給を受けることができる場合は、支給決定通知書等も必要です。
- 4 治療用装具を作成した場合は、領収書、受給者証、健康保険の情報を証明するもの、印かん、通帳、本人確認書類、作成指示書や診断書、装着証明書、ご加入の健康保険からの支給決定通知書を持参し、支給申請してください。
- 5 200床以上の病院での紹介状なしの初診並びに健康診断、予防接種、歯列矯正、室料差額、おむつ代など保険診療費以外のものは助成対象外です。
- 6 名前、住所、加入している健康保険に変更があるときは、すみやかに届け出てください。
- 7 受給者証を紛失した場合は、再交付の手続をしてください。
- 8 受給者の資格がなくなったときや、有効期限を超過したときは、この証は使用できません。すみやかに返還又は処分してください。

問合せ先 みらい世代育成課 ☎ 084-928-1070

No.2-2 仕様書

こども医療費受給者証（単票：更新用）

項 目	仕 様
サイズ	210mm×102mm
紙質	上質紙 80 キロ
色	桃色
印刷	見本のとおり
文字色	黒
ミシン線（切り取り線）	見本のとおり（切れにくい仕様）
数量	30,500 枚
校正	要（2 回）
原稿渡し	紙媒体（見本のとおり） 裏面の内容については落札決定後手渡し
納期	2026 年（令和 8 年）11 月 30 日（月）
納品場所	福山市役所 みらい世代育成課（本庁舎 7 階）
納品状態	1 箱 3,000 枚入りの状態で納品してください。

《問合せ先》

福山市役所 みらい世代育成課（7 階）

担当 西尾

直通 084-928-1070（内線 7278）

— 折 り 線 —

子ども医療費受給者証

公費負担者番号	9	0	3	4	0	0	8	4
公費負担医療の 受給者番号								
こ ど も	名 前							
	生年月日							
	住 所							
保 護 者	名 前							
一部負担金 (自己負担) 限 度 額	通 院	500円／日(月4日まで)						
	入 院	500円／日(月14日まで)						
有 効 期 間								
発行機関名 及 び 印	広島県 福 山 市 長							公印
交付年月日								

(裏面をご覧ください)

A4 色上80 2026.7 ~~7,500~~
11 30,500

受給者証送付のお知らせ

◎ 対象年齢

~~中学校3年生まで~~ 高校生年代まで

◎ 受給資格の更新

小学校就学前までは、年齢毎に更新があります。更新手続は原則不要です。手続が必要な方には個別に案内を送ります。就学後については、6歳到達後最初の4月1日から15歳到達後最初の3月31日までの証を交付します。

◎ 一部負担金

1 医療機関につき1日500円(500円未満はその金額)を窓口で負担してください。院外処方薬局、治療用装具は無料です。

1 医療機関で1か月あたり通院は4日、入院は14日まで、1日500円を負担してください。それ以降は、同じ医療機関ではその月において無料です。

※ 保険適用外の医療費は助成対象外です。

内側に折ってご利用ください

注 意 事 項

- 1 この証は保険診療自己負担額(入院時の食事にかかる自己負担額を除く)の一部の助成を受けることができる証です。
- 2 県内の医療機関を受診するときは、マイナ保険証等との証を必ず窓口に提示してください。
- 3 県外の医療機関を受診するときは使用できません。
本人が立替え払いし、領収書の原本(こどもの名前、受診日、保険点数、領収額の記載があり、通院の場合は1日ごとの内容がわかるもの。)、受給者証、健康保険の情報を証明するもの、印かん、通帳、本人確認書類を持参し、受診された翌月以降に支給申請してください。ご加入の健康保険から高額療養費や付加給付の支給を受けることができる場合は、支給決定通知書等も必要です。
- 4 治療用装具を作成した場合は、領収書、受給者証、健康保険の情報を証明するもの、印かん、通帳、本人確認書類、作成指示書や診断書、装着証明書、ご加入の健康保険からの支給決定通知書を持参し、支給申請してください。
- 5 200床以上の病院での紹介状なしの初診並びに健康診断、予防接種、歯列矯正、室料差額、おむつ代など保険診療費以外のものは助成対象外です。
- 6 名前、住所、加入している健康保険に変更があるときは、すみやかに届け出てください。
- 7 受給者証を紛失した場合は、再交付の手続をしてください。
- 8 受給者の資格がなくなったときや、有効期限を経過したときは、この証は使用できません。すみやかに返還又は処分してください。

問合せ先 みらい世代育成課 ☎ 084-928-1070