

令和 7 年 1 2 月 1 7 日

加 賀 市 長
(担当 総務部管財課)

見 積 依 頼 書

下記のとおり見積徴収を行いますので、見積書を提出されるようお願いします。

物 件 名 等	母子保健のしおり
見積提出期限 及 び 場 所	令和 7 年 12 月 18 日 午前 11 時 30 分 加賀市役所 総務部 管財課
見 積 書 宛 名	加賀市長
納 入 期 限	令和 8 年 3 月 12 日
納 入 場 所	子育て応援ステーション
落 札 方 法	総価落札
注 意 事 項	<div>1 指定日時までに提出されない場合は、見積をご辞退されたものと解釈させていただきます。</div> <div>2 会社にあっては社印、代表者印を、個人についても記名捺印をお願いいたします。</div> <div>伺 番 号 第 0000334 号</div>

品 目 明 細

年 度 令和 7 年度

件 名 母子保健のしおり

伺 番 号 0000334

1 / 1

No.	品 名	印刷製本（単位：冊）	分類番号	002-005-000
1	規 格	しおり冊子：B6無線綴じ 49ページ		
	数 量	310 冊		
No.	品 名	印刷製本（単位：枚）	分類番号	002-002-000
2	規 格	乳児健診2回目受診票 B6		
	数 量	30 枚		
No.	品 名	印刷製本（単位：枚）	分類番号	002-002-000
3	規 格	妊娠・出産・子育てライフプラン A6（2枚複写）		
	数 量	250 枚		
No.	品 名		分類番号	
4	規 格			
	数 量			
No.	品 名		分類番号	
5	規 格			
	数 量			
No.	品 名		分類番号	
6	規 格			
	数 量			
No.	品 名		分類番号	
7	規 格			
	数 量			

印刷仕様書

市民健康部 子育て応援ステーション

件名	母子保健のしおり		
紙質	別添（見本）のとおり <div style="color: red; text-align: right;">現物見本は管財課にあります</div>		
印刷	モノクロ		
規格	① しおり冊子：B6 無線綴じ 49 ページ（見本のとおり） ② 乳児健診 2 回目受診票：B6 ③ 妊娠・出産・子育てライフプラン：A6（2 枚複写）		
形状	見本のとおり		
数量	①しおり冊子：310 冊 ②乳児健診 2 回目受診票：30 枚 ③妊娠・出産・子育てライフプラン：250 枚	校正	<input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否
納入期限	令和 8 年 3 月 1 2 日	納入場所	加賀市市民健康部 子育て応援ステーション (かが交流プラザさくら 1 階)
<p>その他連絡事項 （校正担当課・グループ名 子育て応援ステーション 母子保健 G 担当者 高田）</p> <p>※校正データはいずれも PDF ファイルとし、USB またはメールで受け渡しを行います。 ※校正データにおいて、修正箇所は発注側が朱書きで明示します。 【①しおり冊子について】 ※受注側でレイアウト等デザイン案があれば、その際提示すること。 ※イラスト等は受注側で用意すること。 ※各受診票、各申請書および B 型肝炎実施表には切り取りやすいミシン目を入れること。 【①しおり冊子、②乳児健診 2 回目受診票、③妊娠・出産・子育てライフプランについて】 ※PDF ファイル及び加工可能な JPEG ファイルを併せて納品すること。また①しおり冊子については納品するデータは 1 ページに対し単一のデータとして総ページ分のデータを納品するか、ページ順に連結した単一のデータで納品するかいずれかの方法で行うこと。 ※2 枚複写の上部分は、のりづけしてはがれないようにすること。 ※作業前に必ず担当に連絡し、スケジュール等について打ち合わせをすること。 ※発注業務にかかる特許等を使用する場合は、受注業者において実施許諾を受けていること。なお、受けている場合は許可番号を表示すること。 ※納入に際しては、事前に担当課の確認を受けた上で、納入場所へ納入し納品書に受領者印をもらって管財課へお出しください（原稿及び見本は担当課に返してください）。 ※納入期限は厳守してください。</p>			

令和7年度版

① 見本



加賀市

母子保健のしおり

妊婦・産婦・乳児の健康診査受診票

mama
& Baby



※加賀市外に転出した方は、このしおりに綴られている健康診査受診票は使用できません。
転出先の市町でご相談してください。

交付年月日	年	月	日	交付番号	2025-012
母の氏名	ふりがな				
子の氏名	ふりがな				

+

* 太線は保護者が記入し医療機関に提示し、受診してください。
* この受診票は石川県内に所在地がある医療機関に対してのみ有効です。

～妊娠中から、出産・育児を安心して過ごせるように一緒に考えましょう～

③見本
様の妊娠・出産・子育てサポートプラン

【出産予定日： 年 月 日】【出産予定機関： 】

今 後 の 予 定	【妊娠期】	【仕事】 <input type="checkbox"/> あり（休業／退職） <input type="checkbox"/> なし
	【出産～子育て期】	【里帰り出産】 <input type="checkbox"/> あり（里帰り期間： ）
		【入園予定】 <input type="checkbox"/> あり（ 歳 か月頃） <input type="checkbox"/> なし

	妊娠期	出産～子育て期
気になること 希望すること		
ご自身で できること		
ご家族が できること		
今後利用する サポート・事業	◇子育て応援ギフト面接（ 月頃） ◇電話 ◇訪問：保健師・助産師	◇電話 ◇訪問：保健師・助産師
関係機関による サポート・事業		

妊娠期から子育て期にわたる切れ目のない支援のため、関係機関とサポートプランの内容を共有することについて同意します。

年 月 日 (本人署名)

～困りごとや気になることがあれば、ご連絡ください。(月～金(年末年始、祝日除く) 8:30～17:15)～
連絡先：加賀市こども家庭センター 子育て応援ステーション

母子保健グループ ☎0761-72-7866 (地区担当：)