

令和 8 年 1 月 14 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	介護保険被保険者証
見積提出期限	令和 8 年 1 月 15 日 午前 11 時 30 分
及び場所	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 2 月 27 日
納入場所	介護福祉課
落札方法	総価落札
注意事項	<p>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。</p> <p>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。</p>

同番号 第 0000360 号

品 目 明 細

年 度 令和 7 年度

件 名 介護保険被保険者証

同 番 号 0000360

1 / 1

No.	品 名	印刷製本 (単位:枚)	分類番号	002-002-000
1	規 格	見本のとおり (211mm×275mm)		
	数 量	4,800 枚		
No.	品 名		分類番号	
2	規 格			
	数 量			
No.	品 名		分類番号	
3	規 格			
	数 量			
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

市民健康部介護福祉課

件 名	介護保険被保険者証		
紙 質	別添（見本）のとおり 現物見本は管財課にあります		
印 刷	<ul style="list-style-type: none"> ・ 2色刷り、両面印刷 ・ 色は、別添のとおり ・ レイアウト・ミシン目は、別添と合わせること (上辺からミシン目まで82mm) ・ 紙厚は見本のとおり <p>納入後、見本と異なる場合は再納品することとする。</p>		
規 格	見本のとおり (211mm×275mm)		
形 状			
数 量	4,800枚	校 正	<input checked="" type="checkbox"/> 要 否
納入期限	令和8年2月27日	納入場所	介護福祉課
その他連絡事項 (校正担当課：介護福祉課 担当者：坂本 内線3125)			
<p>*校正時、出来上がり見本印刷20部ください。(試し印刷の為)</p> <p>*裏面の記載を別添1のとおり変更してください。 別添1は印刷見本、別添2は見え消しとなります。</p> <p>*印刷が出来次第、納入をお願いいたします。</p>			
<p>※窓あき封筒の場合、窓の部分は「グラシン紙」または「植物を原料とするプラスチック」を使用すること。</p> <p>※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。</p> <p>※納入に際しては、事前に担当課の確認を受けた上で、納入場所へ納入り納品書に受領者印をも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)。</p> <p>※納入期限は厳守してください。</p>			

介護保険被保険者証

被 保 險 者	番号			
	住所			
	フリガナ			
	氏名			
	生年月日		性別	男・女
	交付年月日			
	保険者番号 並びに保険 者名称及び 印	 		
加賀市 				

(一)

要介護状態区分等		
認定年月日(注)		
認定の有効期間	～	
居宅サービス等	区分支給限度基準額	
(うち 種類支給限度 基準額)	1月あたり	
	サービス種類	種類支給限度基準額
認定審査会 の意見及び サービスの 種類の指定		

(二)

給付制限	内 容	期 間
		開始年月日 終了年月日
		開始年月日 終了年月日
		開始年月日 終了年月日
居宅介護支 援事業者又 は介護予防 支援事業者 及びその事 業所の名称 又は地域包 括支援セン ターの名称		届出年月日
		届出年月日
		届出年月日
介護保険施 設等	種類	入所 年月日 入院
	名称	退所 年月日 退院
	種類	入所 年月日 入院
	名称	退所 年月日 退院

(注) : 事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日

(四)

注意事項

- 一 介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ加賀市の窓口で要介護認定又は要支援認定を受けてください。
- 二 介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けようとするときは、あらかじめ基本チェックリストによる確認又は要支援認定を受けてください。
- 三 介護サービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口に提出してください。

- 四 介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業提供者に提出してください。
- 五 認定の有効期限を経過したときは、保険給付を受けられませんので、認定の有効期限を経過する六十日前から三十日前までの間に加賀市にこの証を提出し、認定の更新を受けてください。

(五)

六 居宅サービス、地域密着型サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービス（以下「居宅サービス等」という。）については、居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者に介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画の作成を依頼した旨をあらかじめ加賀市に届け出た場合又は自ら介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画を作成し、加賀市に届け出た場合に限って現物給付となります。

これらの手続をしない場合は、加賀市からの事後払い（償還払い）になります。

七 居宅サービス等には保険給付の限度額が設定されます。

八 介護サービスを受けるときに支払う金額は、介護サービスに要した費用に、別途介護保険負担割合証に示された割合を乗じた金額です（居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスの利用支払額はありません）。

九 介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けるときに支払う金額は、当該サービスに要した費用のうち加賀市が定める割合又は加賀市が定める額（事業提供者が額を定める場合においては、当該者が定める額）です。

(六)

十 認定審査会の意見及びサービスの種類の指定欄に記載がある場合は、記載事項に留意してください。利用できるサービスの種類の指定がある場合は、当該サービス以外は保険給付を受けられません。

十一 被保険者の資格がなくなつたときは、直ちに、この証を加賀市に返してください。

十二 この証の表面の記載事項に変更があつたときは、十四日以内に、この証を添えて、加賀市にその旨を届け出してください。

十三 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けます。

十四 特別の事情がないのに保険料を滞納した場合は、給付を加賀市からの事後払いとする措置（支払方法変更）、利用時支払額を三割（介護保険負担割合証に記載の「利用者負担の割合」欄に記載された割合が三割である場合は四割）とする措置（給付額減額）等を受けることがあります。

様式第一号(第二十六条関係)

(表面)

(一)			(二)			(三)																
<p style="text-align: center;">介護保険被保険者証</p>																						
被保険者 番号 住 所 フリガナ 氏名 生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日 性別 男・女 交付年月日 令和 年 月 日 保険者番号 並びに保険者 の名称及 び印	要介護状態区分等 認定年月日 (事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日) 認定の有効期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日 居宅サービス等 区分支給限度基準額 令和 年 月 日～令和 年 月 日 1月当たり (うち種類支給限度基準額) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">サービスの種類</th> <th style="width: 50%;">種類支給限度基準額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> 認定審査会の意見 及びサービスの種類の指定		サービスの種類	種類支給限度基準額																	給付制限 内容 期間 開始年月日 令和 年 月 日 終了年月日 令和 年 月 日 開始年月日 令和 年 月 日 終了年月日 令和 年 月 日 開始年月日 令和 年 月 日 終了年月日 令和 年 月 日 居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称 届出年月日 令和 年 月 日 届出年月日 令和 年 月 日 届出年月日 令和 年 月 日 介護保険施設等 種類 入所等年月日 令和 年 月 日 名称 退所等年月日 令和 年 月 日 種類 入所等年月日 令和 年 月 日 名称 退所等年月日 令和 年 月 日	
	サービスの種類	種類支給限度基準額																				

注意事項

(四)

- 一 介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ市町村の窓口で要介護認定又は要支援認定を受けてください。
- 二 サービス・活動事業（第一号事業）のサービスを受けようとするときは、あらかじめ基本チェックリストによる確認又は要支援認定を受けてください。

- 三 介護サービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口に提出してください。

- 四 サービス・活動事業（第一号事業）のサービスを受けようとするときは、必ずこの証を事業提供者に提出してください。
- 五 認定の有効期限を経過したときは、保険給付を受けられませんので、認定の有効期限を経過する六十日前から三十日前までの間に市町村にこの証を提出し、認定の更新を受けてください。

(五)

- 六 居宅サービス、地域密着型サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービス（以下「居宅サービス等」という。）については、居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者に介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画の作成を依頼した旨をあらかじめ市町村に届け出た場合又は自ら介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画を作成し、市町村に届け出た場合に限つて現物給付となります。これらの手続をしない場合は、市町村からの事後払い（償還払い）になります。
- 七 居宅サービス等には保険給付の限度額が設定されます。
- 八 介護サービスを受けるときに支払う金額は、介護サービスに要した費用に、別途介護保険負担割合証に示された割合を乗じた金額です（居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスの利用支払額はありません。）。
- 九 サービス・活動事業（第一号事業）のサービスを受けるときに支払う金額は、当該サービスに要した費用のうち市町村が定める額（事業提供者が額を定める場合においては、当該者が定める額）です。

(六)

- 十 認定審査会の意見及びサービスの種類の指定欄に記載がある場合は、記載事項に留意してください。利用できるサービスの種類の指定がある場合は、当該サービス以外は保険給付を受けられません。
- 十一 被保険者の資格がなくなつたときは、直ちに、この証を市町村に返してください。
- 十二 この証の表面の記載事項に変更があつたときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出してください。
- 十三 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑の処分を受けます。
- 十四 特別の事情がないのに保険料を滞納した場合は、給付を市町村からの事後払いとする措置（支払方法変更）、利用時支払額を三割（介護保険負担割合証に記載の「利用者負担の割合」欄に記載された割合が三割である場合は四割）とする措置（給付額減額等を受けることがあります）があります。

様式第一号(第二十六条関係)

(表面)

		(一)	
介護保険被保険者証			
被保険者	番号		
	住所		
	フリガナ		
	氏名		
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	性別
交付年月日		令和 年 月 日	
保険者番号 並びに保険者 者の名称及 び印	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
(二)			
要介護状態区分等			
認定年月日 (事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)	令和 年 月 日		
認定の有効期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日		
居宅サービス等	区分支給限度基準額 令和 年 月 日～令和 年 月 日 1月当たり		
(うち種類支給限度基準額)	サービスの種類	種類支給限度基準額	
認定審査会の意見 及びサービスの種類の指定			
(三)			
給付制限	内容	期間	
		開始年月日	令和 年 月 日
		終了年月日	令和 年 月 日
		開始年月日	令和 年 月 日
		終了年月日	令和 年 月 日
居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援センターの名称	届出年月日 令和 年 月 日		
	届出年月日 令和 年 月 日		
	届出年月日 令和 年 月 日		
	届出年月日 令和 年 月 日		
	届出年月日 令和 年 月 日		
介護保険施設等	種類	入所等年月日 令和 年 月 日	
		退所等年月日 令和 年 月 日	
		入所等年月日 令和 年 月 日	
		退所等年月日 令和 年 月 日	

注意事項

(四)

一 介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ市町村の窓口で要介護認定又は要支援認定を受けてください。

二 サービス・活動事業(第一号事業)介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けようとするときは、あらかじめ基本チェックリストによる確認又は要支援認定を受けてください。

三 介護サービスを受けようとするとときは、必ずこの証を事業者又は施設の窓口に提出してください。

四 サービス・活動事業(第一号事業)介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けようとするとときは、必ずこの証を事業提供者に提出してください。

五 認定の有効期限を経過したときは、保険給付を受けられませんので、認定の有効期限を経過する六十日前から三十日前までの間に市町村にこの証を提出し、認定の更新を受けてください。

六 居宅サービス、地域密着型サービス、介護予防サービス又は地域密着型介護予防サービス(以下「居宅サービス等」という。)については、居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者に介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画の作成を依頼した旨をあらかじめ市町村に届け出た場合又は自ら介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画を作成し、市町村に届け出た場合に限つて現物給付となります。これらの手続をしない場合は、市町村からの事後払い(償還払い)になります。

七 居宅サービス等には保険給付の限度額が設定されます。

八 介護サービスを受けるときには支払う金額は、介護サービスに要した費用に、別途介護保険負担割合証に示された割合を乗じた金額です(居宅介護支援サービス及び介護予防支援サービスの利用支払額はありません。)。

九 サービス・活動事業(第一号事業)介護予防・生活支援サービス事業のサービスを受けるときに支払う金額は、当該サービスに要した費用のうち市町村が定める割合又は市町村が定める額(事業提供者が額を定める場合においては、当該者が定める額)です。

(五)

(裏面)

(六)

十 認定審査会の意見及びサービスの種類の指定欄に記載がある場合は、記載事項に留意してください。利用できるサービスの種類の指定がある場合は、当該サービス以外は保険給付を受けられません。

十一 被保険者の資格がなくなつたときは、直ちに、この証を市町村に返してください。

十二 この証の表面の記載事項に変更があつたときは、十四日以内に、この証を添えて、市町村にその旨を届け出してください。

十三 不正にこの証を使用した者は、刑法により詐欺罪として拘禁刑懲役の処分を受けます。

十四 特別の事情がないのに保険料を滞納した場合は、給付を市町村からの事後払いとする措置(支払方法変更)、利用時支払額を三割(介護保険負担割合証に記載の「利用者負担の割合」欄に記載された割合が三割である場合は四割)とする措置(給付額減額)等を受けることがあります。