

令和 8 年 1 月 1 4 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	令和 8 年度福祉タクシー助成券
見積提出期限 及 び 場 所	令和 8 年 1 月 15 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 6 日
納 入 場 所	介護福祉課ふれあい福祉グループ
落 札 方 法	総価落札
注 意 事 項	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。 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>伺 番 号 第 0000365 号</div>

品 目 明 細

年 度 令和 7 年度

件 名 令和 8 年度福祉タクシー助成券

伺 番 号 0000365

1 / 1

No.	品 名	印刷製本（単位：冊）	分類番号	002-005-000
1	規 格	別添（見本）のとおり		
	数 量	300 冊		
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	令和 8 年度福祉タクシー助成券		
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	別添（見本）のとおり		
規 格	別添（見本）のとおり		
形 状	別添（見本）のとおり		
数 量	3 0 0 冊	校 正	<input checked="" type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 否
納入期限	令和 8 年 3 月 6 日（金）	納入場所	介護福祉課ふれあい福祉グループ
<p>その他連絡事項（校正担当課・グループ名 介護福祉課ふれあい福祉グループ 担当者：藤田）</p> <p>1 黒 1 色刷りとし、「表紙（表紙の裏面）」は桃色、「券」は水色とすること。 （※大王製紙の色上質紙の色見本を参照）</p> <p>2 上記 1 の色見本を持参すること。</p> <p>3 助成券は 24 枚綴りとし、「表紙」及び「助成券」に通し番号を入れること。</p> <p>4 番号は頭にNo.を付けること。（最初はNo.00001）</p> <p>5 福祉事務用市長印方ミリ 21 の印影を方ミリ 14 に縮小して使用すること。 なお、印影は落札後、落札者に手渡すものとする。</p> <p>6 市長印の印影は、本件にのみ使用し、使用後は廃棄すること。</p> <p>7 図案・文面は別添のとおり。サイズ・形状は別添（令和 8 年度福祉タクシー助成券） のとおり。</p> <p>8 事前に必ず担当と打ち合わせをすること。</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、納入場所へ納入し納品書に受領者印をもらって管財課へお出してください（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>			

表紙（桃色）

裏表紙（桃色）

助成券（水色）

令和 8 年度 福祉タクシー助成券

（タクシーのイラスト）

通し番号を印字

使用 者 名	
手 帳 番 号	身体 ・ 療育 ・ 精神 第 都道府県（市） 号
助成券番号	No.00001
発行年月日	令和 年 月 日
有 効 期 間	令和 8 年 4 月 1 日～ 令和 9 年 3 月 3 1 日

※裏面の使用上の注意をよく読んでご使用ください。

加 賀 市

使用上の注意

- 1 この助成券は、手帳をお持ちのご本人以外の方は使用できません。
- 2 この助成券を使用できるタクシーは、市と契約した事業者が所有するタクシーに限ります。
- 3 この助成券を使用する際には、使用目的欄の該当する項目に○印をつけてください。
- 4 乗車 1 回につき、助成券 1 枚を運転手に渡し、割引を受けてください。タクシーの利用料金が 700 円に満たない場合はその額とします。
- 5 この助成券は、年度間に原則 1 冊限りの交付です。ただし、通院目的の場合、医療機関が発行する通院証明書を提出することにより、次の冊数を追加交付することができます。

追加交付できる冊数	
月 4 回以上の通院を 要する方	人工透析療法で週 2 回以上 の通院をされている方 (市民税非課税で 65 歳 以上の方のみの世帯)
1 冊	6 冊まで

- 6 この助成券は、再発行いたしません。
- 7 有効期間を過ぎた助成券は、使用できません。

どうぞ大切にお使いください。

令和 8 年度
加賀市福祉タクシー助成券

通し番号を
印字

助 成 券 番 号	No.00001
タクシー料金 助 成 額	<input type="checkbox"/> 700 円
700 円未満の場合	<input type="checkbox"/> 円
有 効 期 間	令和 8 年 4 月 1 日～ 令和 9 年 3 月 3 1 日

該当する項目に○印をつけてご利用下さい。

使 用 目 的	通院・公的機関 冠婚葬祭・日常生活用務
---------	------------------------

発 行 者 加賀市長

（運転手記入欄）

乗 車 日	令和 年 月 日
乗 降 場 所	(乗車) (降車) ～
取 り 扱 い タクシー事業者名	

公印 方ミリ 14 黒色印