

令和 8年 2月 18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	加賀市地域見守り支えあいネットワーク「安心カード」
見積提出期限 及 び 場 所	令和 8年 2月 19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 31日
納 入 場 所	福祉政策課
落 札 方 法	総価落札
注意事項	<ol style="list-style-type: none">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。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。

伺 番 号 第 0000433 号

品 目 明 細

年 度 令和 7 年度

件 名 加賀市地域見守り支えあいネットワーク「安心カード」

伺 番 号 0000433

1 / 1

No.	品 名	印刷製本（単位：枚）	分類番号	002-002-000
1	規 格	安心カード		
	数 量	200 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 福祉政策課

件名	加賀市地域見守り支えあいネットワーク「安心カード」		
紙質	別添（見本）のとおり <p style="text-align: right;">現物見本は管財課にあります</p>		
印刷	両面フルカラー		
規格	A4		
形状	①鳩目加工（金具込）穴1箇所 ②角丸加工 その他別添（見本）のとおり		
数量	200枚	校正	要
納入期限	令和8年3月31日	納入場所	福祉政策課
その他連絡事項	（校正担当課・グループ名 福祉政策課 担当 下出 ）		
<p>印刷について</p> <p>○原稿は、Excel形式で提供する。</p> <p>○適宜、イラストを入れること。なお、その著作権等については印刷業者の責任において、市及び市が指定する者が成果物の利用に必要な範囲内で自由に利用（著作権法に基づく複製、翻案等を行うことをいう。）できるよう作者との調整を行うこと。</p> <p>○印刷作業前に必ず担当に連絡し、見本を持参し、打ち合わせを行うこと。</p> <p>○作成した成果品はPDF形式で提出するものとする。なお、市は、当該成果品を自ら使用する権利（改変を含む）を有するものとする。</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>			

安心カード

救急・火事は

119番

警察は **110**番
大聖寺警察署 72-0110



わたしが避難する場所:初めは _____、次は _____ です。

緊急時の連絡先

作成日 年 月 日

(ふりがな) 世帯主名			自宅の 電話		
住 所	加賀市			自宅までの 目標物	
(ふりがな) 家 族 等 連 絡 先	氏 名	続 柄	電 話	() -	
	氏 名	続 柄	携 帯 電 話	- -	
	氏 名	続 柄	電 話	() -	
	氏 名	続 柄	携 帯 電 話	- -	
民生委員	氏名		電 話	() -	
			携 帯 電 話	- -	
担当ケア マネジャー	氏名	事業所名	電 話	() -	
			携 帯 電 話	- -	
そ の 他	1.福祉協力員	氏名	電 話	() -	
	2.福祉サービス事業所	事業所名	携 帯 電 話	- -	
	3.その他				

医療・身体情報 (該当するものに○印または☑をつけてください)

(ふりがな) 氏名	作成日		年	月	日
	性別		血液型		型
生年月日	大・昭・平・令		年	月	日生(歳)
かかりつけの 医療機関			科		
			科		
			科		
治療中の病気	<input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病(ペースメーカー・その他) <input type="checkbox"/> その他()				
避難所までの移動 に必要な項目	<input type="checkbox"/> 介助が必要 ※身体的理由のみも含む <input type="checkbox"/> 用具が必要 【 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> その他()】				
障がいの状況	<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 肢体 ()				
医療処置 (重複選択可能)	<input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> 人工肛門・尿道カテーテル <input type="checkbox"/> アレルギー() <input type="checkbox"/> その他 ※薬、医療器具など伝えたいこと()				

(ふりがな) 氏名	作成日		年	月	日
	性別		血液型		型
生年月日	大・昭・平・令		年	月	日生(歳)
かかりつけの 医療機関			科		
			科		
			科		
治療中の病気	<input type="checkbox"/> 脳疾患 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 心臓病(ペースメーカー・その他) <input type="checkbox"/> その他()				
避難所までの移動 に必要な項目	<input type="checkbox"/> 介助が必要 ※身体的理由のみも含む <input type="checkbox"/> 用具が必要 【 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> その他()】				
障がいの状況	<input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 肢体 ()				
医療処置 (重複選択可能)	<input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工呼吸 <input type="checkbox"/> 人工肛門・尿道カテーテル <input type="checkbox"/> アレルギー() <input type="checkbox"/> その他 ※薬、医療器具など伝えたいこと()				

※「安心カード」の情報を民生委員・児童委員、町内会組織、市、消防など避難支援等関係者が見守り活動や緊急時に使用することに同意いたします。

氏名 _____

氏名 _____