

令和 8年 4月 15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	介護保険負担割合証、窓あき封筒（介護保険負担割合証発送用）
見積提出期限 及び場所	令和 8年 4月 16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 5月 18日
納入場所	介護福祉課
落札方法	単価落札
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。

伺番号 第 0000019 号

# 品 目 明 細

年 度 令和 8 年度

件 名 介護保険負担割合証、窓あき封筒（介護保険負担割合証送用）

伺 番 号 0000019

1 / 1

No.	品 名	印刷製本（単位：枚）	分類番号	002-002-000
1	規 格	介護保険負担割合証		
	数 量	5,000 枚		
No.	品 名	印刷製本（単位：枚）	分類番号	002-002-000
2	規 格	窓あき封筒（介護保険負担割合証送用）		
	数 量	4,000 枚		
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

健康福祉部 介護福祉課

件名	介護保険負担割合証		
紙質	別添（見本）のとおり		現物見積は管財課にあります
印刷	※両面印刷 ※色は見本のとおり ※レイアウト・ミシン目は見本と合わせる事。 納入後、見本と異なる場合は再納品することとする。		
規格	見本のとおり		
形状	見本のとおり		
数量	5,000枚	校正	要
納入期限	令和8年5月18日	納入場所	健康福祉部 介護福祉課
その他連絡事項（校正担当課・係名 介護福祉課 担当者 川原）  ※校正時、出来上がり見本印刷20部ください。（試し印刷の為）  ※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。 ※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。			

印刷仕様書

健康福祉部 介護福祉課

件名	窓あき封筒（介護保険負担割合証発送用）		
紙質	別添（見本）のとおり <b>現物見積は管財課にあります</b>		
印刷			
規格	見本のとおり		
形状	見本のとおり		
数量	4,000枚	校正	要
納入期限	令和8年5月18日	納入場所	健康福祉部 介護福祉課
<p>その他連絡事項（校正担当課・係名 介護福祉課 担当者 川原）</p> <p>市民健康部を健康福祉部に修正</p> <p>※封筒搬入時等、封筒糊部分により別の封筒と付着しないようお願いします。</p> <p>※保管期間（約1年）に糊部の乾燥・変質がないようお願いします。</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>			

# 介護保険負担割合証

交付年月日

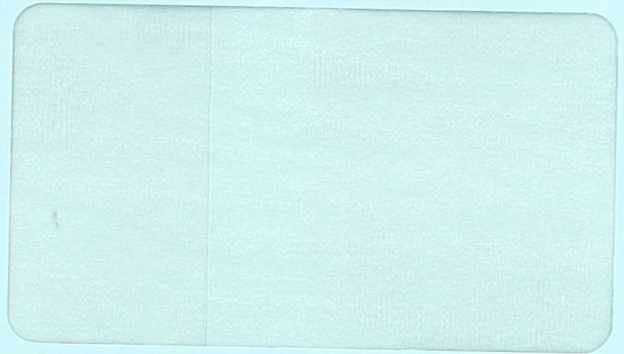
被 保 険 者	番 号							
	住 所							
	フリガナ							
	氏 名							
	生年月日							
利用者負担の割合	適 用 期 間							
割	開始年月日 終了年月日							
割	開始年月日 終了年月日							
保険者番号 並びに保険者の 名称及び印	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>							

#### 注意事項

- 一 介護サービス又は介護予防・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、必ずこの証を事業者又は施設の窓口へ提出してください。
- 二 介護サービス又は介護予防・生活支援サービス事業のサービスに要した費用のうち、「適用期間」に応じた「利用者負担の割合」欄に記載された割合分の金額をお支払いいただきます。（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ぬ。）
- 三 被保険者の資格がなくなつたとき又はこの証の適用期間の終了年月日に至つたときには、直ちに、この証を加賀市に返してください。また、転出の届出をする際には、この証を添えてください。
- 四 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てください。
- 五 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。
- 六 利用時支払額を三割（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）を受けている場合は、この証に記載された利用者負担の割合よりも、当該措置が優先されます。

〒922-8622 石川県加賀市大聖寺南町二41番地

加賀局  
料金後納  
郵便



〒922-8622 石川県加賀市大聖寺南町二41番地

## 加賀市役所

健康福祉部 ~~市民健康部~~ 介護福祉課

☎ (0761) 72-1111 (代表)

☎ (0761) 72-7853 (直通)

FAX (0761) 72-1665