

令和7年10月28日

仕 様 書

案件番号	152
------	-----

納入期限	質疑書提出期限 ※持参又はFAXに限ります	同等品選定期限	見積書提出期限	地域要件
令和7年12月5日	令和7年10月30日 正午		令和7年11月4日 午後4時	市内業者 準市内業者 県内業者

案件名 介護保険被保険者証の印刷(その2)

納入場所 介護保険課

番号	品 名	仕様	数量	単位
1	介護保険被保険者証(単票)	別紙印刷製本明細書のとおり	15,000	枚
2	介護保険被保険者証(A4)	別紙印刷製本明細書のとおり	4,000	枚
3				
4				
5				

(特記事項)

※見本は介護保険課または契約課にて閲覧できます。
※本件は、所沢市競争入札参加資格者名簿に記載されている者で、且つ「印刷」の業種を希望業種として登録している者のみ見積書の提出が可能です。なお、印刷製本の請負については、自社設備での印刷を原則としています。
※本件は郵送での見積書提出が可能です。見積書提出期限までに必ず契約課に届くよう、時間に余裕をもって郵送するようお願いいたします。
なお、郵便事情による配達遅延等で提出期限までに届かず、提出期限日までに契約課で受理できなかった見積書は無効となりますので、郵送にあたってはご注意ください。

発注課	担当者	電話	FAX
介護保険課	山本	04-2998-9420	04-2998-9410

印刷製本仕様明細書

種類	☐ 冊子 ☐ ポスター ☐ パンフレット ☐ チラシ・リーフレット ☐ 連続用紙 ☐ 伝票 ☐ 封筒 ☒ その他（ 被保険者証用紙 ）									
担当部署	介護保険課					担当者	山本		TEL	04-2998-9420
1 品名	介護保険被保険者証(単票)									
2 製作部数	15,000 部									
3 規格	仕上	判 頁								
	(封 筒)	サイズ:				厚さ:				
		窓: ☐ 有 (種類) ☐ 無 糊: ☐ 有 (種類) ☐ 無								
特記事項		特殊サイズ(27.5cm×12.7cm) 色上質特厚口(アサギ)								
4 表紙 (冊 子 等)	紙 質				厚 さ	判		kg	色	
	色 数	色		背 文 字	☐ 有 ☐ 無	表 2 印 刷		☐ 有 ☐ 無		
	表 3 印 刷	☐ 有 ☐ 無		表 4 印 刷	☐ 有 ☐ 無					
	特記事項									
5 構成	紙 質				厚 さ	判		kg	色	
	色 数	色		組 方	☐ 縦組 ☐ 横組					
	文 字	ポイント		文 字 数	字 × 頁					
	写 真	点 (原稿 ☐ 写真 ☐ ネガ ☐ データ)								
		※デジタルカメラで撮影した場合は、光沢紙によるプリントも提出すること。								
	イラスト	点 (原稿 ☐ 有 ☐ 無)								
	表・グラフ	点 (原稿 ☐ 有 ☐ 無)								
	中 扉	枚 (色 厚さ)								
特記事項		見本のとおり								
6 製本・加工	☐ 無線綴じ ☐ あじろ綴じ ☐ 中綴じ ☐ 平綴じ ☐ 綴じ穴 ☐ 化粧断ち ☐ 折り (項折り) ☐ その他 ()									
	特記事項									
7 原稿	引 渡 日	令和 7 年 11 月 6 日								
	原 稿	☐ データ ☒ ダイレクト(紙) ☒ その他 (見本のとおり)								
	媒 体	☐ MO ☐ CD-R ☐ クラウド ☐ その他 ()								
	ファイル形式	☐ PDF(推奨) ☐ テキストファイル → ソフト名: ☐ ワード ☐ エクセル ☐ その他 ()								
	入 稿	☐ 完全データ入稿(データをそのまま印刷)								
		☐ データ入稿(印刷用に調整あり)								
☐ 基本データ入稿(版下の制作あり)										
※データによる原稿の場合は、PDF(推奨)又はテキストファイルで提出し、テキストファイルの場合は、ソフト名(ワード等)を明記すること。また、内容確認のため、一部出力したものを提出すること。 ※依頼時に原稿等を添付できない場合は、引渡日を記入すること。										
8 校 正	☒ 本紙校正 1 回 ☐ 簡易校正 回									
9 納 品	納 期	令和 7 年 12 月 5 日 (金)								
	納入場所	介護保険課								
	梱包・配送	☒ 指定なし ☐ 指定あり ()								

※ 紙質は、原則として再生紙を利用し、古紙パルプ配合率の高いものを使用してください。

印刷製本仕様明細書

種類	☐ 冊子 ☐ ポスター ☐ パンフレット ☐ チラシ・リーフレット ☐ 連続用紙 ☐ 伝票 ☐ 封筒 ☒ その他（ 被保険者証用紙 ）									
担当部署	介護保険課					担当者	山本		TEL	04-2998-9420
1 品名	介護保険被保険者証(A4)									
2 製作部数	4,000 部									
3 規格	仕上	A4 判 頁								
	(封筒)	サイズ:				厚さ:				
		窓: ☐ 有 (種類) ☐ 無				糊: ☐ 有 (種類) ☐ 無				
	特記事項	色上質特厚口(アサギ)								
4 表紙 (冊子等)	紙質				厚さ	判		kg	色	
	色数	色		背文字	☐ 有 ☐ 無	表2印刷		☐ 有 ☐ 無		
	表3印刷	☐ 有 ☐ 無		表4印刷	☐ 有 ☐ 無					
	特記事項									
5 構成	紙質				厚さ	判		kg	色	
	色数	色		組方	☐ 縦組 ☐ 横組					
	文字	ポイント		文字数	字 × 頁					
	写真	点 (原稿 ☐ 写真 ☐ ネガ ☐ データ)								
		※デジタルカメラで撮影した場合は、光沢紙によるプリントも提出すること。								
	イラスト	点 (原稿 ☐ 有 ☐ 無)								
	表・グラフ	点 (原稿 ☐ 有 ☐ 無)								
	中扉	枚 (色 厚さ)								
特記事項	見本のとおり									
6 製本・加工	☐ 無線綴じ ☐ あじろ綴じ ☐ 中綴じ ☐ 平綴じ ☐ 綴じ穴 ☐ 化粧断ち ☐ 折り (項折り) ☐ その他 ()									
	特記事項									
7 原稿	引渡日	令和 7 年 11 月 6 日								
	原稿	☐ データ ☒ ダイレクト(紙) ☒ その他 (見本のとおり)								
	媒体	☐ MO ☐ CD-R ☐ クラウド ☐ その他 ()								
	ファイル形式	☐ PDF(推奨) ☐ テキストファイル → ソフト名: ☐ ワード ☐ エクセル ☐ その他 ()								
	入稿	☐ 完全データ入稿(データをそのまま印刷)								
		☐ データ入稿(印刷用に調整あり)								
☐ 基本データ入稿(版下の制作あり)										
※データによる原稿の場合は、PDF(推奨)又はテキストファイルで提出し、テキストファイルの場合は、ソフト名(ワード等)を明記すること。また、内容確認のため、一部出力したものを提出すること。 ※依頼時に原稿等を添付できない場合は、引渡日を記入すること。										
8 校正	☒ 本紙校正 1 回 ☐ 簡易校正 回									
9 納品	納期	令和 7 年 12 月 5 日 (金)								
	納入場所	介護保険課								
	梱包・配送	☒ 指定なし ☐ 指定あり ()								

※ 紙質は、原則として再生紙を利用し、古紙パルプ配合率の高いものを使用してください。

(一)

(二)

(三)

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	
交付年月日		
保険者番号 並びに保険 者の名称及 び印		112086 埼玉県所沢市並木1-1-1 04(2998)9420 所 沢 市

要介護状態区分等		
認定年月日又は 基本チェックリ スト実施日		
認定の有効期間		
居宅サービス等	区分支給限度基準額	
	1月当り	
(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		

給 付 制 限	内容	
	期間	開始年月日 終了年月日
	内容	
	期間	開始年月日 終了年月日
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	種類	
	名称	
	入所等年月日 退所等年月日	
介護保険施設等	種類	
	名称	
	入所等年月日 退所等年月日	
	種類	

(四)

注意事項

- 一 介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ所沢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へ提出してください。
- 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所沢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居宅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所沢市に届け出た場合又は自ら居宅サービス計画若しくは介護予防サービス計画を作成し、所沢市に届け出た場合に限り現物給付となります。これらの手続をしない場合は、所沢市からの事後払い（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所沢市が定める割合又は所沢市が定める額（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ったときは、直ちに、この証を所沢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ったときは、十四日以内に、この証を添えて、所沢市にその旨を届け出てください。

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、給付を所沢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。

懲役 → 拘禁刑

介護保険被保険者証をお届けいたします。

介護サービスを利用する際に必要となりますので、

大切に保管してください。

問い合わせ先 所沢市役所 介護保険課

電話 04 (2998) 9420

このミシン目でお切りください。→

(一)

(二)

(三)

介護保険被保険者証

番 号

住 所

フリガナ

氏 名

生年月日

交付年月日

保険者番号
並びに保険
者の名称及
び印

112086

埼玉県所沢市並木1-1-1
04(2998)9420

所 沢 市



要介護状態区分等

認定年月日又は
基本チェックリ
スト実施日

認定の有効期間

区分支給限度基準額

居宅サービス等

1月当り

サ ー ビ ス の 種 類 種類支給限度基準額

(うち種類支給
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

給 付 制 限	内容	
	期間	開始年月日 終了年月日
	内容	
	期間	開始年月日 終了年月日
	内容	
	期間	開始年月日 終了年月日
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
		届出年月日
		届出年月日
介護保険施設等	種類	
	名称	
	入所 等年月日	
	退所 等年月日	
	種類	
	名称	
	入所 等年月日	
	退所 等年月日	

(四)

注意事項

- 一 介護サービスを受けようとするときは、あらかじめ所沢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所沢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居宅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所沢市に届け出た場合又は自ら居宅サービス計画若しくは介護予防サービス計画を作成し、所沢市に届け出た場合に限り現物給付となります。これらの手続をしない場合は、所沢市からの事後払い(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所沢市が定める割合又は所沢市が定める額(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ったときは、直ちに、この証を所沢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ったときは、十四日以内に、この証を添えて、所沢市にその旨を届け出てください。
- 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、給付を所沢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。

懲役、罰金