

仕 様 書

令和	6	年度	執行伺番号:	14357
----	---	----	--------	-------

件名	福祉医療費受給者証の購入
----	--------------

納入場所	福祉部障害者支援課		
納入期限	令和7年3月14日(金)		
見積書提出方法	見積書提出期限までに、持参、郵送、下記番号にFAX、または電子メール(PDFファイルに限る)により提出すること。		
見積書提出期限	令和6年12月12日(木) 午前10時		
見積書提出先	障害者支援課	担当者	村谷
TEL/FAX	TEL	083-231-1917	FAX 083-222-3180
E-mail	fkshogai@city.shimonoseki.yamaguchi.jp		

注意事項	・見積書には「支払期限は、請求書受領後30日以内とする。」を明記してください。 ・見積書の代表者印の押印を省略する場合は、所在地、商号又は名称、代表者の役職及び氏名に加え、必ず「責任者氏名及び連絡先」、「担当者氏名及び連絡先」を明記してください。 ※責任者は代表者又は契約等の権限を委任された者 ※責任者と担当者が同一の場合でもそれぞれ記入。(同上可) ※確認のため、必要に応じて電話連絡をさせていただく場合がございます。 ・押印を省略しない見積書を、FAX又は電子メールで提出し落札した場合は、落札後速やかに、見積書の原本を提出してください。
------	--

仕様	別紙のとおり
----	--------

単式帳票・リーフレット用仕様書(折りがあっても広げたら1枚になる印刷物はこれを使用)

※購入(修繕)伺書の明細・規格欄と同じ記入をすること

帳票名	福祉医療費受給者証		数量	2,600 部		
サ イ ズ	A6 (148mm×105mm)		B5 (257mm×182mm)			
	A5 (210mm×148mm)		B4 (364mm×257mm)			
	A4 (297mm×210mm)		B3 (515mm×364mm)			
	A3 (420mm×297mm)	● その他	(254) mm × (183) mm			
	A2 (594mm×420mm)					
折	有	● 無				
「有」の場合 折り方 展開時のサイズ () mm × () mm ※展開時が長方形・正方形で無い場合は別に略図を作成し、サイズを記入して必ず添付すること。						
紙 質	(色上質紙)					
紙 の 色	色がついていない紙を使用する	● 色がついている紙を使用する				
	「色がついている紙を使用する」の場合 紙の色 (肌色)					
厚 み	(特厚口)					
紙 質 に 採 用 す る 仕 様	再生紙を	使用する	使用しない	● 問わない		
	「使用する」場合 古紙含有率	() %	() %以上	問わない		
印 刷 ・ 色 数	片面 () 色	● 両面 表 (1) 色 裏 (1) 色				
写 真	有	● 無				
※「有」の場合は別紙「写真・イラスト等の提供方法について」を添付すること。また原稿にはどの写真が入るか番号等つけて識別できるようにすること。						
イ ラ ス ト	有	● 無				
※「有」の場合は別紙「写真・イラスト等の提供方法について」を添付すること。また原稿にはどのイラストが入るか番号等つけて識別できるようにすること。						
そ の 他 の 図 等	有	● 無				
※「有」の場合は別紙「写真・イラスト等の提供方法について」を添付すること。また原稿にはどの図等が入るか番号等つけて識別できるようにすること。						
穴	有 () 穴	※「有」の場合は原稿に穴位置を指定すること。			● 無	
納 品 の 状 態	のり () 枚/冊	のりの位置	上	左	下	右
	束 () 枚/束					
	特に問わない					
原 稿	● 紙	データ				
	「データ」の場合	すべてデータで作成	一部データで作成 ※紙原稿の部分をその他欄に記入すること。			
	「データ」部分に ついて	作成したソフト	()			
		提供の方法	CD () 枚			
		その他 () () 枚				
原 稿 引 渡 し	● 落札業者決定後すぐに	原稿が確定する令和 年 月 日までに引渡し				
事 前 協 議	● 要	担当者 (村谷) ・ 担当者所属部所 (福祉部障害者支援課)	不要			
校 正	担当者 (村谷) ・ 担当者所属部所 (福祉部障害者支援課)					
そ の 他	・印影原稿は決定業者に別途渡します					
(納品・印刷方法 等に希望がある 場合に記入)	・ミシン 2工数×1枚					

(表)

福 福祉医療費受給者証

(重度心身障害者用) 山口県内のみ有効

特記事項			
記 号		番 号	
受給者	居住地	〒 山口県下関市	
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
一部負担金の 上限額(裏面3)	通院		入院
発行機関名 及 び 印	山口県下関市 下関市長 (負担者番号 81350019) 		
交付年月日	年 月 日		

※この制度は、山口県と共同で実施しています。

福 福祉医療費受給者証

(重度心身障害者用) 山口県内のみ有効

特記事項			
記 号		番 号	
受給者	居住地	〒 山口県下関市	
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
一部負担金の 上限額(裏面3)	通院		入院
発行機関名 及 び 印	山口県下関市 下関市長 (負担者番号 81350019) 		
交付年月日	年 月 日		

※この制度は、山口県と共同で実施しています。

福 福祉医療費受給者証

(重度心身障害者用) 山口県内のみ有効

特記事項			
記 号		番 号	
受給者	居住地	〒 山口県下関市	
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
一部負担金の 上限額(裏面3)	通院		入院
発行機関名 及 び 印	山口県下関市 下関市長 (負担者番号 81350019) 		
交付年月日	年 月 日		

※この制度は、山口県と共同で実施しています。

福 福祉医療費受給者証

(重度心身障害者用) 山口県内のみ有効

特記事項			
記 号		番 号	
受給者	居住地	〒 山口県下関市	
	氏 名		
	生年月日	年 月 日	
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
一部負担金の 上限額(裏面3)	通院		入院
発行機関名 及 び 印	山口県下関市 下関市長 (負担者番号 81350019) 		
交付年月日	年 月 日		

※この制度は、山口県と共同で実施しています。

注 意 事 項

文書別紙(のり)修正

- 1 保険医療機関等で受診される際は、この受給者証に被保険者証(又は組合員証)を添えて窓口に提出してください。
- 2 人工腎臓(透析治療)、心臓手術、パーキンソン病等の医療には、自立支援医療、特定疾患医療等の医療の給付が優先適用されますので、これらの医療を受診される際は、必ず市(町)長に協議してください。
- 3 一部負担金の上限額とは、1か月毎に保険医療機関等が医療費の請求を行う診療報酬明細書毎の医療保険の自己負担分(入院時の食事療養費及び生活療養費に係る自己負担分は除く)に対して、受給者が支払わなければならない限度額をいいます。
ただし、院外処方箋の交付により、保険薬局で薬剤の処方を受ける場合は、一部負担金の支払いは必要ありません。
- 4 次の場合には、速やかに市(町)長に届け出てください。
 - (1) 氏名、住所、加入医療保険の内容、障害者手帳等の等級に変更があるとき
 - (2) 医療の原因が交通事故等第三者の加害によるものであるとき
 - (3) 受給者証を紛失したとき
 - (4) 医療費の助成がある施設へ入所するとき
 - (5) 生活保護を受けるようになったとき
 - (6) 他の法令等により医療費の助成を受けられるとき若しくは受けたとき
 - (7) 高額療養費、高額介護合算療養費、付加給付金等を受けたとき
 - (8) 税の申告等により所得の増額や控除の減額があったとき
- 5 受給者の資格がなくなったとき又はこの受給者証の有効期間が満了したときは、速やかに市(町)長へこの受給者証を返納してください。

- ◎ この受給者証は、病院・診療所等において、医療保険の自己負担分の全部又は一部を支払わないで受診できるものですから、大切に保管してください(ただし、入院時の食費は自己負担があります。)
- ◎ この受給者証は、県外では原則として使用できません。
- ◎ 偽り又は不正な行為によりこの受給者証を使用したり、市(町)に対する申告や報告が正しくなかったり、また、市(町)長の指示に正当な理由が無く応じなかったときは、医療費の助成が受けられなかったり、既に助成した医療費を返還していただくことがあります。

注 意 事 項

文書別紙(のり)修正

- 1 保険医療機関等で受診される際は、この受給者証に被保険者証(又は組合員証)を添えて窓口に提出してください。
- 2 人工腎臓(透析治療)、心臓手術、パーキンソン病等の医療には、自立支援医療、特定疾患医療等の医療の給付が優先適用されますので、これらの医療を受診される際は、必ず市(町)長に協議してください。
- 3 一部負担金の上限額とは、1か月毎に保険医療機関等が医療費の請求を行う診療報酬明細書毎の医療保険の自己負担分(入院時の食事療養費及び生活療養費に係る自己負担分は除く)に対して、受給者が支払わなければならない限度額をいいます。
ただし、院外処方箋の交付により、保険薬局で薬剤の処方を受ける場合は、一部負担金の支払いは必要ありません。
- 4 次の場合には、速やかに市(町)長に届け出てください。
 - (1) 氏名、住所、加入医療保険の内容、障害者手帳等の等級に変更があるとき
 - (2) 医療の原因が交通事故等第三者の加害によるものであるとき
 - (3) 受給者証を紛失したとき
 - (4) 医療費の助成がある施設へ入所するとき
 - (5) 生活保護を受けるようになったとき
 - (6) 他の法令等により医療費の助成を受けられるとき若しくは受けたとき
 - (7) 高額療養費、高額介護合算療養費、付加給付金等を受けたとき
 - (8) 税の申告等により所得の増額や控除の減額があったとき
- 5 受給者の資格がなくなったとき又はこの受給者証の有効期間が満了したときは、速やかに市(町)長へこの受給者証を返納してください。

- ◎ この受給者証は、病院・診療所等において、医療保険の自己負担分の全部又は一部を支払わないで受診できるものですから、大切に保管してください(ただし、入院時の食費は自己負担があります。)
- ◎ この受給者証は、県外では原則として使用できません。
- ◎ 偽り又は不正な行為によりこの受給者証を使用したり、市(町)に対する申告や報告が正しくなかったり、また、市(町)長の指示に正当な理由が無く応じなかったときは、医療費の助成が受けられなかったり、既に助成した医療費を返還していただくことがあります。

注 意 事 項

文書別紙(のり)修正

- 1 保険医療機関等で受診される際は、この受給者証に被保険者証(又は組合員証)を添えて窓口に提出してください。
- 2 人工腎臓(透析治療)、心臓手術、パーキンソン病等の医療には、自立支援医療、特定疾患医療等の医療の給付が優先適用されますので、これらの医療を受診される際は、必ず市(町)長に協議してください。
- 3 一部負担金の上限額とは、1か月毎に保険医療機関等が医療費の請求を行う診療報酬明細書毎の医療保険の自己負担分(入院時の食事療養費及び生活療養費に係る自己負担分は除く)に対して、受給者が支払わなければならない限度額をいいます。
ただし、院外処方箋の交付により、保険薬局で薬剤の処方を受ける場合は、一部負担金の支払いは必要ありません。
- 4 次の場合には、速やかに市(町)長に届け出てください。
 - (1) 氏名、住所、加入医療保険の内容、障害者手帳等の等級に変更があるとき
 - (2) 医療の原因が交通事故等第三者の加害によるものであるとき
 - (3) 受給者証を紛失したとき
 - (4) 医療費の助成がある施設へ入所するとき
 - (5) 生活保護を受けるようになったとき
 - (6) 他の法令等により医療費の助成を受けられるとき若しくは受けたとき
 - (7) 高額療養費、高額介護合算療養費、付加給付金等を受けたとき
 - (8) 税の申告等により所得の増額や控除の減額があったとき
- 5 受給者の資格がなくなったとき又はこの受給者証の有効期間が満了したときは、速やかに市(町)長へこの受給者証を返納してください。

- ◎ この受給者証は、病院・診療所等において、医療保険の自己負担分の全部又は一部を支払わないで受診できるものですから、大切に保管してください(ただし、入院時の食費は自己負担があります。)
- ◎ この受給者証は、県外では原則として使用できません。
- ◎ 偽り又は不正な行為によりこの受給者証を使用したり、市(町)に対する申告や報告が正しくなかったり、また、市(町)長の指示に正当な理由が無く応じなかったときは、医療費の助成が受けられなかったり、既に助成した医療費を返還していただくことがあります。

注 意 事 項

文書別紙(のり)修正

- 1 保険医療機関等で受診される際は、この受給者証に被保険者証(又は組合員証)を添えて窓口に提出してください。
- 2 人工腎臓(透析治療)、心臓手術、パーキンソン病等の医療には、自立支援医療、特定疾患医療等の医療の給付が優先適用されますので、これらの医療を受診される際は、必ず市(町)長に協議してください。
- 3 一部負担金の上限額とは、1か月毎に保険医療機関等が医療費の請求を行う診療報酬明細書毎の医療保険の自己負担分(入院時の食事療養費及び生活療養費に係る自己負担分は除く)に対して、受給者が支払わなければならない限度額をいいます。
ただし、院外処方箋の交付により、保険薬局で薬剤の処方を受ける場合は、一部負担金の支払いは必要ありません。
- 4 次の場合には、速やかに市(町)長に届け出てください。
 - (1) 氏名、住所、加入医療保険の内容、障害者手帳等の等級に変更があるとき
 - (2) 医療の原因が交通事故等第三者の加害によるものであるとき
 - (3) 受給者証を紛失したとき
 - (4) 医療費の助成がある施設へ入所するとき
 - (5) 生活保護を受けるようになったとき
 - (6) 他の法令等により医療費の助成を受けられるとき若しくは受けたとき
 - (7) 高額療養費、高額介護合算療養費、付加給付金等を受けたとき
 - (8) 税の申告等により所得の増額や控除の減額があったとき
- 5 受給者の資格がなくなったとき又はこの受給者証の有効期間が満了したときは、速やかに市(町)長へこの受給者証を返納してください。

- ◎ この受給者証は、病院・診療所等において、医療保険の自己負担分の全部又は一部を支払わないで受診できるものですから、大切に保管してください(ただし、入院時の食費は自己負担があります。)
- ◎ この受給者証は、県外では原則として使用できません。
- ◎ 偽り又は不正な行為によりこの受給者証を使用したり、市(町)に対する申告や報告が正しくなかったり、また、市(町)長の指示に正当な理由が無く応じなかったときは、医療費の助成が受けられなかったり、既に助成した医療費を返還していただくことがあります。

(別紙)

- 1 保険医療機関等で受診される際は、この受給者証を窓口に提出してください。健康保険制度に加入していない場合は、この受給者証は使用できません。