

令和7年6月3日

## 仕様書

案件番号

54

| 納入期限      | 質疑書提出期限<br>※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9月10日 | 令和7年6月5日 正午              |         | 令和7年6月10日 午後4時 | 市内業者 準市内業者 県内業者 県外業者 |

## 案件名 重度医療受給者証外の印刷

## 納入場所 障害福祉課

| 番号 | 品名       | 仕様              | 数量    | 単位 |
|----|----------|-----------------|-------|----|
| 1  | 受給者証(鶯色) | 別紙印刷製本仕様明細書のとおり | 3,630 | 枚  |
| 2  | 受給者証(白色) | 別紙印刷製本仕様明細書のとおり | 2,005 | 枚  |
| 3  | 窓あき封筒    | 別紙印刷製本仕様明細書のとおり | 5,635 | 枚  |
| 4  |          |                 |       |    |
| 5  |          |                 |       |    |

## (特記事項)

※個人情報の取り扱いに注意してください。  
※見本は障害福祉課または契約課にて閲覧可能です。  
※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          |
|-------|-------|--------------|--------------|
| 障害福祉課 | 岩淵、森川 | 04-2998-9116 | 04-2998-1147 |





## 【重度医療受給者証外の印刷 仕様書別紙】

### 1 校正について

本番データ提供前に提供する見本データによる印刷物の校正作業を、8月中旬までに完了させる。最終稿までに3回程度の校正作業が見込まれる。実際の完成品と同様のものを各種別数枚用意し、確認を行う。校正用受給者証は、名前、住所等の文字数が20字を超えるものを含めること。また、外字の確認を行うこと。

### 2 仕様（見本は障害福祉課または契約課にて閲覧可能です。）

#### (1) 受給者証

- ・サイズ はがきサイズ2面（127 mm\*183 mm） ミシン目折り
- ・厚さ 特厚口
- ・フォント UD明朝体3Wの使用が望ましい。
- ・フォントサイズ 原則10.5pt  
公費負担者番号と受給者証番号は16pt
- ・文字色 黒一色

#### 【個別仕様】

##### ① 鶯色（明るい緑系統）

- ア 一般用 . . . 3,500枚
- イ 精神保健福祉手帳所持者用 . . . 130枚 計3,630枚

##### ② 白色

- ア 前期・後期高齢者用 . . . 2,000枚
- イ 前期高齢 精神保健福祉手帳所持者用 . . . 5枚 計2,005枚

- ・表面 4種類の様式に個々人の情報を組み合わせて印刷する。  
郵便カスタマーバーコードを印字。  
印刷データは、.xlsx ファイル(一般・高齢)をCD-R 又は LGWAN にて提供。
  - ・裏面 注意事項を印字。（鶯色・白で印字内容は別）
- #### (2) 封筒
- ・サイズ はがきサイズ（127 mm\*92 mm）を1枚封入できるもの。
  - ・色 茶色

- ・窓 有(封入する受給者証の送付先住所・氏名欄が確認できるもの)  
グラシン紙
- ・糊付け 有
- ・印字するフォント、サイズ、折り返し等については、別添見本のとおり。

### 3 封入封緘

(1)の受給者証を二つ折りして、(2)の封筒に封入封緘する。

### 4 納期等

令和7年9月1日(月)時点データを同日提供

納品日：令和7年9月10日(水)

納品場所：所沢市役所高層棟1階障害福祉課

納品方法：受給者証は、各色郵便番号を市内の本局(359-00\*\*)と西局(359-11\*\*)とその他の3区分で分ける。

郵便番号ごとに分けた中で通し番号順に並べる。

100束ごとに仕切り等で区別する。

# 受給者証用原稿データレイアウト指示書

|    | フィールド名      |   | 備考  |
|----|-------------|---|---|
| 1  | 業務種別        | 重度一般は「03」、高齢重度は「04」                                       |   |
| 2  | 障害区分        | 精神障害者は「08」（他：身体障害者は「01」、療育手帳は「03」等）                       |   |
| 3  | 連番          | 連番  |   |
| 4  | 連番編集        | #+左0埋め6桁の連番   |   |
| 5  | 支給方法        | 重度一般は「県内現物」、高齢重度は「償還」                                     |   |
| 6  | 負担者番号       | 負担者番号 重度一般は「82.11.008」、高齢重度は「*****」                       |   |
| 7  | 受給者証番号      | 受給者証番号  | 0 + 6桁  |
| 8  | 受給者氏名       | 受給者氏名   | 全角は19文字、半角は38文字で折り返す。<br>3行を超える場合（全角58文字以上）は空             |
| 9  | 受給者氏名編集_1   | 1行目の受給者氏名<br>全角は1文字～19文字、半角は1文字～38文字<br>オーバー字の場合は空        |   |
| 10 | 受給者氏名編集_2   | 2行目の受給者氏名<br>全角は20文字～38文字、半角は39文字～76文字<br>オーバー字の場合は空      |   |
| 11 | 受給者氏名編集_3   | 3行目の受給者氏名<br>全角は39文字～57文字、半角は77文字～114文字<br>オーバー字の場合は空     |   |
| 12 | 生年月日        | 西暦の生年月日（例：2022/08/01）                                     |   |
| 13 | 生年月日編集      | 和暦の生年月日（例：令和5年8月1日）                                       | 和暦表記使用  |
| 14 | 受給者住所       | 受給者住所（例：埼玉県所沢市並木1丁目1番地の1）                                 | 14、15をひとまず空けて続ける。<br>1行19文字で折り返す。<br>4行を超える場合（全角77文字以上）は空 |
| 15 | 受給者方書       | 受給者方書（例：所沢市役所1階）  | 例：埼玉県所沢市並木1丁目1番地の1 所沢市役所1階                                |
| 16 | 受給者住所方書編集_1 | 1行目の受給者住所・方書<br>住所の1文字～19文字<br>オーバー字の場合は空                 |   |
| 17 | 受給者住所方書編集_2 | 2行目の受給者住所・方書<br>住所の20文字～38文字、または方書の1文字～19文字<br>オーバー字の場合は空 |   |

|    |             |   |  |
|----|-------------|---|--|
| 18 | 受給者住所方書編集_3 | 3行目の受給者住所・方書<br>住所の39文字～57文字、または方書の1文字～19文字、<br>または方書の20文字～38文字<br>オーバー字の場合は空 |  |
| 19 | 受給者住所方書編集_4 | 4行目の受給者住所・方書<br>方書の1文字～19文字、または方書の20文字～38文字、<br>または方書の39文字～57文字<br>オーバー字の場合は空 |  |
| 20 | 有効期間開始日     | 西暦の有効期間開始日（例：2022/08/01）  |  |
| 21 | 有効期間開始日編集   | 和暦の有効期間開始日+「から」（例：令和5年8月1日から）   |  |
| 22 | 有効期間終了日     | 西暦の有効期間終了日（例：2022/08/01）  |  |
| 23 | 有効期間終了日編集   | 和暦の有効期間終了日+「まで」（例：令和5年8月1日まで）   |  |
| 24 | 現物給付対象医療機関  | 重度一般は「埼玉県内の現物給付を行う保険医療機関*外来に限る。」固定、<br>高齢重度は「現物給付の対象としない。」固定                  |  |
| 25 | 現物給付限度額     | 重度一般は「月額21,000円未満の医療費」固定、<br>高齢重度は「現物給付の対象としない。」固定                            |  |
| 26 | 交付日         | 西暦の交付日（例：2022/08/01）  |  |
| 27 | 交付日編集       | 和暦の交付日+「交付」（例：令和5年8月1日交付）   | 和暦表記使用   |
| 28 | 宛名郵便番号      | 郵便番号（例：111-1111）  |  |
| 29 | 宛名住所        | 宛名住所（例：埼玉県所沢市東狭山ヶ丘8丁目7654番地の321）  | 29・30をひとまず空けて続ける。<br>1行全角は20文字、半角は40文字で折り返す。<br>3行を超える場合（全角61文字以上）は空 |
| 30 | 宛名方書        | 宛名方書（ライオンズマンション東狭山ヶ丘アベニューE棟888号室）   | 埼玉県所沢市東狭山ヶ丘8丁目7654番地<br>の321 ライオンズマンション東狭山ヶ丘<br>アベニューE棟888号室         |
| 31 | 宛名住所方書編集_1  | 1行目の宛名住所・方書<br>住所の1文字～20文字<br>オーバー字の場合は空                                      |  |
| 32 | 宛名住所方書編集_2  | 2行目の宛名住所・方書<br>住所の21文字～40文字、または方書の1文字～20文字<br>オーバー字の場合は空                      |  |

|    |            |   |   |
|----|------------|---|---|
| 33 | 宛名住所方書編集_3 | 3行目の宛名住所・方書<br>住所の41文字～60文字、または方書の1文字～20文字、<br>または方書の21文字～40文字<br>オーバー字の場合は空      |   |
| 34 | 宛名住所方書編集_4 | 4行目の宛名住所・方書<br>方書の1文字～20文字、または方書の21文字～40文字、<br>または方書の41文字～60文字<br>オーバー字の場合は空      |   |
| 35 | 宛名氏名       | 宛名氏名 + 「 」 + 「様」 (例：所沢 太郎 様)  | 1行全角は20文字、半角は40文字で折り返す。<br>2行を超える場合 (全角41文字以上) は空 |
| 36 | 宛名氏名編集     | 宛名氏名 + 「様」<br>「様」は全角22文字目に表示 (例：所沢 太郎 様)<br>全角は1文字～20文字、半角は1文字～40文字<br>オーバー字の場合は空 |   |
| 37 | カスタマバーコード  | カスタマバーコード (例：123-4567 所沢市〇〇8丁目9-10<br>マンション234室→12345678-9-10-234)                |   |
| 38 | オーバー字フラグ   | 受給者氏名・受給者住所・受給者方書・宛名住所・宛名方書・宛名氏名の<br>いずれかにオーバー字を含む場合は「1」、含まない場合は「0」               |   |
| 39 | 作字中フラグ     | 受給者氏名・受給者住所・受給者方書・宛名住所・宛名方書・宛名氏名の<br>いずれかに作字中を含む場合は「1」、含まない場合は「0」                 |   |
| 40 | 精神文言       | 精神障害者の場合は「【精神病床入院は対象外】」固定、精神障害者以外の場合は空  |   |
| 41 | 支援措置       | 支援措置者の場合は「*」、支援措置者以外の場合は空   |   |

※網掛け部は印字なし

受給者証①②（表面） フォント等見本

様式第2号 ジェネリック医薬品を希望（する・しない）

|  |                                      |  |
|--|--------------------------------------|--|
| 障 所沢市重度心身障害児等医療費受給者証   |                                      | 県内現物   |
| 公費負担者番号  | 99.99.999.9                          |  |
| 受給者証番号   | 9999999                              |  |
| 受給者  | 氏名                                   | 57NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN<br>NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN<br>NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN                                 |
|  | 生年月日                                 | 令和 5年 12月 31日  |
|  | 住所                                   | 19NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN<br>19NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN<br>19NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN<br>19NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN |
| 食事療養費  | 現物給付の対象としない。                         |  |
| 有効期間   | 令和 5年 12月 31日 から<br>令和 5年 12月 31日 まで |  |
| 現物給付対象医療機関   | 埼玉県内の現物給付を行う保険医療機関<br>*外来に限る。        |  |
| 現物給付限度額  | 月額21,000円未満の医療費                      |  |
| 上記の者は、所沢市重度心身障害児等の医療費の助成に関する条例により、医療費の一部を所沢市が助成する者であることを証明します。 |                                      |  |
| 令和 5年 12月 31日 交付   |                                      |                            |
| 所沢市長 小野塚 勝俊  |                                      |  |

999-9999

20NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN  
20NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN  
20NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN  
20NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN  
20NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN 様

|||||

重度心身障害児等医療費受給者証の送付について  
 標記受給者証を送付いたします。加入保険、口座等に変更があった場合は届け出てください。  
 また、毎年9月下旬頃に所得審査の上資格の更新があります。更新についての手続は不要です。

問い合わせ先  
 所沢市福祉部障害福祉課重度医療担当  
 〒359-8501 所沢市並木1-1-1  
 TEL 04-2998-9116  
 FAX 04-2998-1147

- ⑥
- ⑦ ④⑩
- ⑧
- ⑬
- ⑭ ⑮  
(間1マス空ける)
- ⑳ ㉑  
(固定)
- ㉗

- ㉘
- ㉙ ㉚  
(間1マス空ける)
- ㉜ (1マス空けて「様」)
- ㉟

①②受給者証 イ（精神保健福祉手帳所持者用）については下記のとおり受給者証番号欄に文言を追加すること。

|                            |                         |
|----------------------------|-------------------------|
| 様式第2号 ジェネリック医薬品を希望（する・しない） |                         |
| 障 所沢市重度心身障害児等医療費受給者証       |                         |
| 公費負担者番号                    | 82.11.008.1             |
| 受給者証番号                     | 0818823<br>【精神病床入院は対象外】 |

※赤丸数字は前頁の「受給者証用原稿データレイアウト指示書」の指示番号を表しています。

注 意 事 項

- 1 この受給者証は、医療給付等の一部負担金の助成を受けることができる証です。大切に保管してください。
- 2 この受給者証は、受診の都度、医療機関等の窓口に提示してください。
- 3 次に記載の現物給付を実施する医療機関で受診する際、この受給者証及び保険証を窓口に提示すると一部負担金の窓口払いがなくなります。
  - (1) 県内の医療機関（医科、歯科、薬局）
  - (2) 市内の医療機関（上記に加え、接骨院などの市と協定を結んでいる機関）ただし、次の場合は、窓口で一部負担金をお支払いの上、市に申請してください。
  - (1) 1か月1医療機関の医療費が21,000円以上の場合
  - (2) 現物給付を実施していない医療機関の場合
- 4 当市から転出後は、この受給者証は使用できません。資格喪失後に使用された場合は、助成を受けた額の返還を求めます。
- 5 学校（幼稚園・保育園）管理下におけるけが等で日本スポーツ振興センターの災害共済給付制度の対象となる医療は、この制度の対象外です。ただし、市内の医療機関等にかかる場合はこの制度を準用することができます。

- 6 自立支援医療や他の公費負担医療制度が利用できる場合は、そちらを優先してください。他の公費負担医療制度を利用後に、自己負担金が発生する場合は、この制度の対象となります。
- 7 次の場合は、必ず市に届け出てください。
  - (1) 氏名又は住所を変更した場合
  - (2) 加入医療保険を変更した場合
  - (3) 障害の程度が変更になった場合又は生活保護を受けるようになった場合
  - (4) その他資格登録内容に変更があった場合
- 8 受給資格喪失後はこの受給者証を速やかに市に返却してください。

## 受給者証(白色) 裏面 見本

### 注 意 事 項

- 1 この受給者証は、医療給付等の一部負担金の助成を受けることができる証です。大切に保管してください。
- 2 この受給者証は、受診の都度、医療機関等の窓口  
に提示してください。
- 3 当市から転出後は、この受給者証は使用できません。資格喪失後に使用された場合は、助成を受けた額の返還を求めます。
- 4 自立支援医療や他の公費負担医療制度が利用できる場合は、そちらを優先してください。他の公費負担医療制度を利用後に、自己負担金が発生する場合は、この制度の対象となります。
- 5 次の場合は、必ず市に届け出てください。
  - (1) 氏名又は住所を変更した場合
  - (2) 加入医療保険を変更した場合
  - (3) 障害の程度が変更になった場合又は生活保護を受けるようになった場合
  - (4) その他資格登録内容に変更があった場合
- 6 受給資格喪失後はこの受給者証を速やかに市に返却してください。

窓あき封筒 見本

