

印刷仕様書

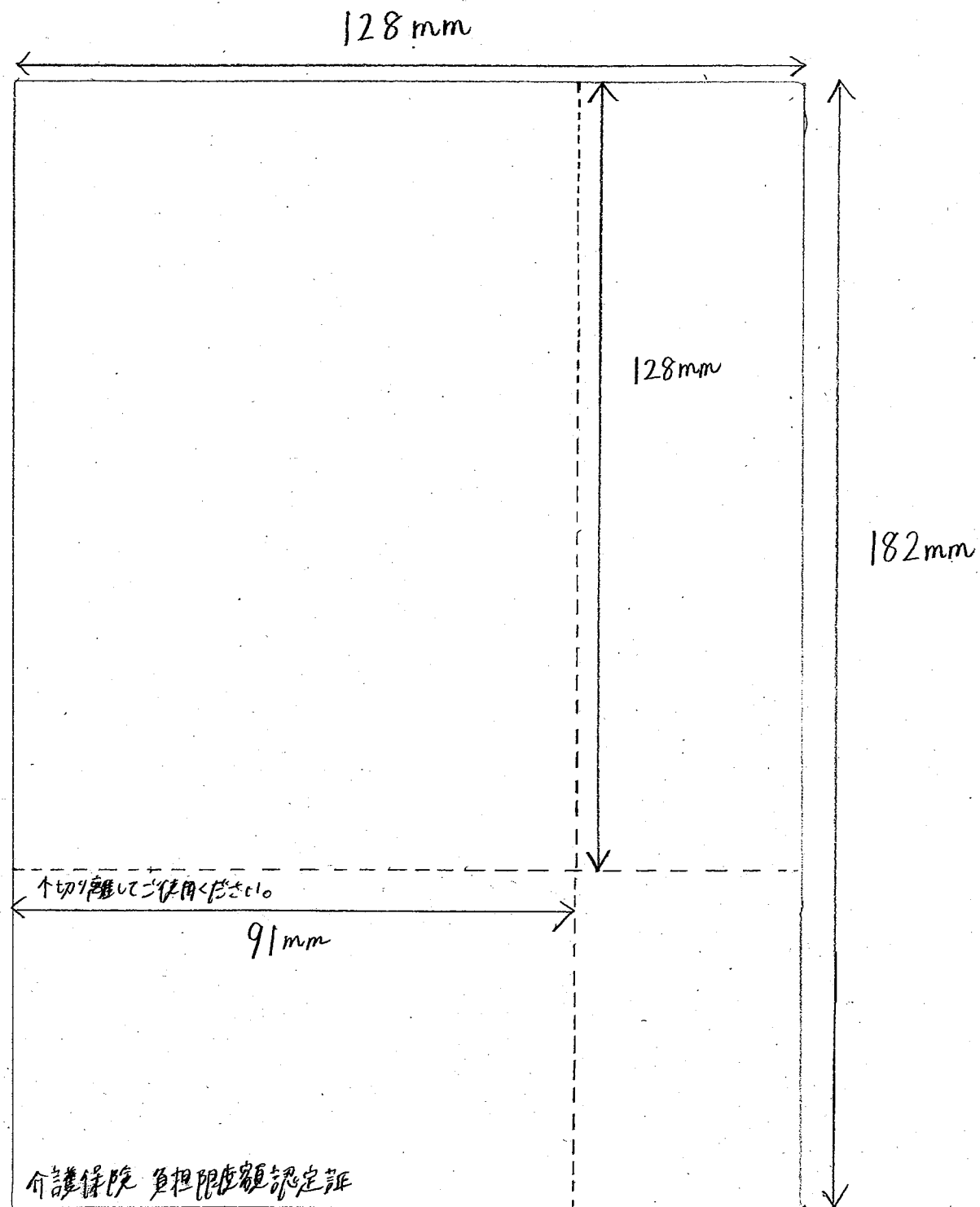
◆仕様書 6 部（電算用は 1 部）
原稿・見本等 2 部添付

発注部課名 保険給付課 給付係

担当者 大西

T E L 06- 6858 - 2768

帳 票 名	介護保険負担限度額認定証(新システム用)				
発 注 実 績	1. 新規	2. 発注実績 有 2025 年 10 月 23 日契約 前回発注部数(1,000)枚・冊			
使 用 区 分	1. 電 算 用 (フォーム印刷)		2. 一 般 用		
規 格	1. × インチ	2. A・B列	号	3. 別添見本のとおり	
紙 質	1. 上質紙・コート紙・マットコート紙 kg ()		2. 別添見本のとおり		
形 式	1. 部複写(減感加工 あり・なし)		2. 別添見本のとおり		
刷 り 色	1. 黒・1 色()・ 色		2. 別添見本のとおり		
印 刷	1. 片面		2. 両面		
と じ 穴	1. あり 左・右・上・下(穴)		2. なし		
ミ シ ン 目	1. あり		2. なし		
仕 上 が り	1. 製本	2. バラ	3. 連続	4. 天のり	5. 天巻・左巻
校 正	1 回	2 回	()回 ※校了までは不可	不要(責任校正)	
数 量	1. 3,000 枚		2. 冊(p×)		
納 期 納 品 場 所	令和 8 年 7 月 6 日 まで ・ 納期指定		納品場所 ※納品場所が未決定は不可 (第二庁舎2階 保険給付課)		
原 稿 デ ー タ	1. あり データの種類 word・excel・(PowerPoint)		2. なし		
特 記	市が提供した資料等については、本印刷以外の目的に使用しないこと。				
そ の 他	(例：市章刻印(封筒)の有無・折りの有無等) 枠線なし、印影なし、ミシン目あり 納品時要連絡				



添付の
✓ 現行分と台紙金本の大きさは同じ
証の大きさが縦128ミリ×横91ミリ×厚さ

- ※ 枠線なし
- ※ 公印なし
- ※ ミシン目あり

注 意 事 項

- 一 この証によって指定介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護（この証の表面において「特養等」という。）並びに介護保健施設サービス、介護医療院サービス、短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（この証の表面において「老健・医療院等」という。）を利用する際に食事の提供を受け、又は居住若しくは滞在する場合には、この証の表面に記載する負担限度額が支払いの上限となります。
- 二 前号に規定するサービスを利用するときは、被保険者証とともに必ずこの証を特定介護保険施設等の窓口に提出してください。
- 三 被保険者の資格がなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき又は負担限度額認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を豊中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ったときは、十四日以内に、この証を添えて、豊中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拘禁刑の処分を受けます。

↑切り離してご使用ください。

注 意 事 項

- 一 この証によって指定介護福祉施設サービス、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護、短期入所生活介護及び介護予防短期入所生活介護（この証の表面において「特養等」という。）並びに介護保健施設サービス、介護医療院サービス、短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（この証の表面において「老健・医療院等」という。）を利用する際に食事の提供を受け、又は居住若しくは滞在する場合には、この証の表面に記載する負担限度額が支払いの上限となります。
- 二 前号に規定するサービスを利用するときは、被保険者証とともに必ずこの証を特定介護保険施設等の窓口提出してください。
- 三 被保険者の資格がなくなったとき、認定の条件に該当しなくなったとき又は負担限度額認定証の有効期限に至ったときは、遅滞なく、この証を豊中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ったときは、十四日以内に、この証を添えて、豊中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拘禁刑の処分を受けます。