

——帳 票 発 注 仕 様 書——

保健福祉局福祉のまちづくり推進室

保険年金担当(後期) 田中、明知

電話 222-3511

業務名	重度障害老人健康管理費支給制度				
帳票名	重度心身障害老人健康管理事業対象者証【単票】(公印あり)				
帳票の種類	<input checked="" type="checkbox"/> 1P	<input type="checkbox"/> 2P	<input type="checkbox"/> 3P		
数量	計 5,000 枚				
内	大きさ	縦	7.0	インチ	× 横 10.0 インチ
	紙質	110 Kg 上質(特厚口・黄色)			
容	刷色	黒(公印部分は朱色) 両面印刷			
	字体	別紙見本参照			
	ミシン	あり 別紙見本参照			
	その他	再生紙(<input checked="" type="checkbox"/> 不 使用) <input type="checkbox"/> 使用 (グリーン購入基準(適・否))			
使用機械	マルチライター(NEC MultiWriter 8600)				
納入日	<input checked="" type="checkbox"/> 令和8年6月26日(金曜日)	<input type="checkbox"/> 別紙指示書のとおり分納 納品日に変更が生じた場合には、早急に担当者に連絡すること			
納入場所等	保健福祉局福祉のまちづくり推進室(北庁舎3階)				
その他	<ul style="list-style-type: none"> 要校正。(原則、文字校正及び簡易校正による色校正を各1回)福祉のまちづくり推進室(担当:田中)から校了の確認を得ること。 要テスト納品。5月22日までに30枚 福祉のまちづくり推進室まで。ただし、これは納入数に含まない。 テスト帳票での印字内容及び印字テスト結果の確認を発注者から得てから、本納品分の作成を行うこと。 使用機械の仕様条件を全て満たす帳票を準備すること。 帳票は段ボール箱に入れるか、包装紙で梱包すること。 帯封や仕切りの紙を挟むなどの方法により、100枚ごとに区切ること。 段ボール箱又は包の側面に帳票名全てを表示すること。 インクは耐熱性のフラッシュ定着用UVインクを使用すること。 印影のサンプルは、契約履行後に返却し、データ化した場合はデータを削除すること。 帳票作成において疑義が生じた場合は速やかに担当者まで連絡し、指示を受けること。 上記の他、当該仕様書により定めがないものについて支障が生じた場合は、担当者と受注者が協議して決定する。 				