

令和7年12月23日

仕 様 書

案件番号	215
------	-----

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8年2月13日	令和7年12月25日 正午		令和8年1月6日 午後4時	市内業者

案件名 主治医意見書返信用封筒の印刷

納入場所 介護保険課

番号	品 名	仕 様	数量	単位
1	主治医意見書返信用封筒(2つ折り)	別紙印刷製本仕様明細書のとおり	8,000	枚
2				
3				
4				
5				

(特記事項)

※見本は介護保険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	メールアドレス
介護保険課	細田	04-2998-9420	04-2998-9410	a9420@city.tokorozawa.lg.jp

印刷製本仕様明細書

種 類	<input type="checkbox"/> 冊子 <input type="checkbox"/> ポスター <input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> チラシ・リーフレット <input type="checkbox"/> 連続用紙 <input type="checkbox"/> 伝票 <input checked="" type="checkbox"/> 封筒 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
担 当 部 署	介護保険課		担当者	細田葵	TEL	2998-9420

1 品 名	主治医意見書返信用封筒(2つ折り)									
2 製作部数	8,000 部									
3 規格	仕 上	判 頁								
	(封 筒)	サイズ: 角20				厚さ:				
		窓: <input type="checkbox"/> 有 (種類) <input checked="" type="checkbox"/> 無 糊: <input checked="" type="checkbox"/> 有 (種類 スラット) <input type="checkbox"/> 無								
	特記事項									
4 表紙 (冊子等)	紙 質				厚 さ	判 kg		色		
	色 数	色		背 文 字	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	表 2 印刷	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	
	表 3 印刷	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	表 4 印刷	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無				
	特記事項									
5 構成	紙 質				厚 さ	判 100 kg		色	パステルグリーン	
	色 数	2	色 組	方	<input type="checkbox"/> 縦組 <input type="checkbox"/> 横組					
	文 字	ポイント		文 字 数	字 × 頁					
	写 真	点 (原稿 <input type="checkbox"/> 写真 <input type="checkbox"/> ネガ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)								
	表・グラフ	点 (原稿 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)								
	中 扉	枚 (色 厚さ)								
特記事項	差出有効期間・承認番号等については、業者決定後の打合せ時にお知らせします。 カスタマーバーコードなし。									
6 製本・加工	<input type="checkbox"/> 無線綴じ <input type="checkbox"/> あじろ綴じ <input type="checkbox"/> 中綴じ <input type="checkbox"/> 平綴じ <input type="checkbox"/> 綴じ穴 <input type="checkbox"/> 化粧断ち <input checked="" type="checkbox"/> 折り (2つ 項折り) <input type="checkbox"/> その他 ()									
	特記事項									
7 原稿	引 渡 日	令和 8 年 1 月 8 日								
	原 稿	<input type="checkbox"/> データ <input checked="" type="checkbox"/> ダイレクト(紙) <input type="checkbox"/> その他 ()								
	媒 体	<input type="checkbox"/> MO <input type="checkbox"/> CD-R <input type="checkbox"/> クラウド <input checked="" type="checkbox"/> その他 (見本のとおり)								
	ファイル形式	<input type="checkbox"/> PDF(推奨) <input type="checkbox"/> テキストファイル → ソフト名: <input type="checkbox"/> ワード <input type="checkbox"/> エクセル <input type="checkbox"/> その他 ()								
	入 稿	<input type="checkbox"/> 完全データ入稿(データをそのまま印刷)								
		<input type="checkbox"/> データ入稿(印刷用に調整あり)								
<input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 本紙校正 1 回 <input type="checkbox"/> 簡易校正 回									
9 納品	納 期	令和 8 年 2 月 13 日 (金)								
	納入場所	介護保険課								
	梱包・配送	<input checked="" type="checkbox"/> 指定なし <input type="checkbox"/> 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。

359-8501

料金受取人払郵便

所沢局承認

169

変更

差出有効期間
2026年1月
31日まで

切手を貼らず
にお出しくだ
さい。

所沢市並木一丁目一番地の一
所沢市福祉部
介護保険課
行

意見書在中



所沢市福祉部介護保険課

359-8501 所沢市並木一丁目1番地の1 TEL 04-2998-9420
<https://www.city.tokorozawa.saitama.jp/> FAX 04-2998-9410

