

(様式3・定価方式用)

広告募集仕様書

○次の広告媒体に広告を掲載する広告主等を次のとおり募集します

1 広告媒体について

名称	平成30年度さいたま市の障害者福祉ガイド	
発行部数	13,000部	
規格	判型	A4判
	ページ	最大128ページ
	色	表紙・裏表紙：4色 中身：2色
発行頻度	年度1回	
発行日	平成30年9月中旬	
配布期間	発行日～平成31年8月頃	
内容	障害者やその家族が利用できる福祉サービス等の情報をわかりやすく記載したガイドブック	
配布エリア・対象	さいたま市内の障害者やその家族及び支援者等	
配布方法	市又は関係機関での窓口交付及び希望者への郵送 市ホームページへの電子データ掲載	
発行元	保健福祉局 福祉部 障害支援課	
備考		

2 掲載広告について

掲載面・位置	スペース（縦×横）	枠数	色数	募集価格 （税込み）
表紙裏	297mm×210mm	1枠	4色	130,000円
裏表紙裏	297mm×210mm	1枠	4色	130,000円
特記事項	<p>1枠のみの応募も可能です。 墓地又は墓石に関する事業その他の葬祭事業に関するものは掲載できません。 公的な助成があるサービスとその他のサービスが明確に区別できる表現をしてください。 横幅は210mmまで印刷可能ですが、冊子の背の部分は製本時に見えなくなります。</p>			
初稿入稿締切	平成30年8月17日（金）			
最終入稿締切	平成30年8月24日（金）			

※さいたま市広告掲載要綱及びさいたま市広告掲載基準を遵守してください。

※広告掲載料には、広告代理店手数料、制作費（版下・デザイン）は含んでおりません。

※完全データにて入稿してください（データ形式：PDF、文字はアウトライン化）。

※原稿内に「広告」である旨を明記してください。

※入稿時には出力見本を添えてください。

※初稿入稿締切までに初稿を提出し、原稿内容の審査を受けてください。

広告掲載基準等に基づき、広告内容等の修正をお願いする場合がありますので、あらかじめご了承ください。

※最終入稿締切までに審査が完了した原稿を提出してください。

※入稿締切までに原稿をご提出いただけない場合には、広告を掲載できないこともありますので、その場合であっても広告料はお支払いいただきますのでご注意ください。

3 申込みについて

申込条件	広告代理店及び広告主
申込方法	各広告掲載申込書を下記申込先へ送付またはご持参ください。
申込締切日	平成30年8月9日(木) 必着
決定方法	先着順(1日単位で締め切り、同日で受けた申込みは同順位として扱い、同日内に空き枠数を越えた申し込みがあった場合は、市が抽選を行います。)
申込先 (問合せ先)	(担当課名)さいたま市保健福祉局福祉部障害支援課自立支援給付係 (所在地)〒330-9588 さいたま市浦和区常盤6丁目4番4号 (TEL)048-829-1305 (FAX)048-829-1981 (Eメール)shogai-shien@city.saitama.lg.jp

4 広告掲載イメージ



参考：表紙イメージ
(広告スペースはありません。)



参考：裏表紙イメージ
(広告スペースはありません。)



広告スペース
(表紙裏)

さいたま市の 障害者福祉 ガイド

ご利用上の注意

■記載内容は最小限にとどめてありますので、目安を示すものとしてご利用ください。詳細については、それぞれの窓口にお問い合わせください。

■今後、制度の内容などが変わる場合がありますので、ご確認の上、ご利用ください。

■記載している事業の一部では、マイナンバー（個人番号）を利用します。マイナンバーを利用する事業の申請書等の提出の際には「本人確認」が必須となりますので、「マイナンバーの通知カードと身元確認書類」又は「マイナンバーカード（個人番号カード）」の提示をお願いします。申請者以外の方が代理人として窓口に行かれる場合は、委任状又は申請者の方の健康保険証など、代理関係がわかるものをお持ちください。



マイナンバーを利用する事業の申請には、左記のマーク（マイナンバーロゴマーク「マイネちゃん」）の表示をしています。

【身元確認書類】

① 本人が所持した顔写真付きの書類（いずれか1つ）

例：運転免許証、運転経歴証明書、改定、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、在留カード、特別永住者証明書
② 官公庁等公共機関から発行された書類（2つ以上）
例：被保険者証、年金手帳、児童扶養手当証書

■さいたま市のホームページにおいて、本冊子の内容や障害福祉・関連施設に関する情報などを掲載しています。

- 相談窓口……………3
- 手帳の交付……………12
- ノーマライゼーション条例の概要……………15
- 障害者総合支援法のサービス……………17
- 児童福祉法のサービス……………22
- 医療費等……………24
- 手当・年金・給付金・貸付……………31
- 日常生活の支援……………38
- 国外への支援……………50
- 社会参加の促進……………56
- 税の控除・減免……………62
- 公共料金の割引……………69
- 就労……………74
- 教育……………81
- 住宅……………84
- 福祉保養施設など……………86
- 資料編……………87

さいたま市の市外局番は048です。

さいたま市防災・緊急時安心カード

●いざという時のため、連絡先や避難先などを記入し、家族で共に備蓄しましょう。
●災害時の避難先や、避難所（仮設住宅）の問い合わせ先を記入しておきましょう。
●ケガを負った場合、お泊りや入院しているなどの状態は、的確な治療に役立ちます。
●第三者にご自身の情報が漏えいする恐れがありますので、ご自身の判断と責任において情報してください。
※必ず家族全員ご記入の上、切り取って2つ折りしてご利用ください。

<table border="1"> <tr><td>氏名</td><td>アレルギー</td></tr> <tr><td>受入している薬</td><td>血液型</td></tr> <tr><td>いつも通っている病院</td><td>電話番号</td></tr> <tr><td>いつも通っている病院</td><td>電話番号</td></tr> </table>	氏名	アレルギー	受入している薬	血液型	いつも通っている病院	電話番号	いつも通っている病院	電話番号	<table border="1"> <tr><td>手回し通話機の希望 あり・なし</td><td>障害状況 身体（肢・視・聴覚）・知的・精神</td></tr> <tr><td>通っている介護施設など</td><td>行政機関連絡先</td></tr> <tr><td>主治医と連絡先</td><td>担当者と連絡先</td></tr> <tr><td>電話番号</td><td>電話番号</td></tr> <tr><td>集合場所</td><td>その他伝えたいこと</td></tr> <tr><td>避難所</td><td></td></tr> </table>	手回し通話機の希望 あり・なし	障害状況 身体（肢・視・聴覚）・知的・精神	通っている介護施設など	行政機関連絡先	主治医と連絡先	担当者と連絡先	電話番号	電話番号	集合場所	その他伝えたいこと	避難所	
氏名	アレルギー																				
受入している薬	血液型																				
いつも通っている病院	電話番号																				
いつも通っている病院	電話番号																				
手回し通話機の希望 あり・なし	障害状況 身体（肢・視・聴覚）・知的・精神																				
通っている介護施設など	行政機関連絡先																				
主治医と連絡先	担当者と連絡先																				
電話番号	電話番号																				
集合場所	その他伝えたいこと																				
避難所																					
<table border="1"> <tr><td>氏名</td><td>アレルギー</td></tr> <tr><td>受入している薬</td><td>血液型</td></tr> <tr><td>いつも通っている病院</td><td>電話番号</td></tr> <tr><td>いつも通っている病院</td><td>電話番号</td></tr> </table>	氏名	アレルギー	受入している薬	血液型	いつも通っている病院	電話番号	いつも通っている病院	電話番号	<table border="1"> <tr><td>手回し通話機の希望 あり・なし</td><td>障害状況 身体（肢・視・聴覚）・知的・精神</td></tr> <tr><td>通っている介護施設など</td><td>行政機関連絡先</td></tr> <tr><td>主治医と連絡先</td><td>担当者と連絡先</td></tr> <tr><td>電話番号</td><td>電話番号</td></tr> <tr><td>集合場所</td><td>その他伝えたいこと</td></tr> <tr><td>避難所</td><td></td></tr> </table>	手回し通話機の希望 あり・なし	障害状況 身体（肢・視・聴覚）・知的・精神	通っている介護施設など	行政機関連絡先	主治医と連絡先	担当者と連絡先	電話番号	電話番号	集合場所	その他伝えたいこと	避難所	
氏名	アレルギー																				
受入している薬	血液型																				
いつも通っている病院	電話番号																				
いつも通っている病院	電話番号																				
手回し通話機の希望 あり・なし	障害状況 身体（肢・視・聴覚）・知的・精神																				
通っている介護施設など	行政機関連絡先																				
主治医と連絡先	担当者と連絡先																				
電話番号	電話番号																				
集合場所	その他伝えたいこと																				
避難所																					
<table border="1"> <tr><td>氏名</td><td>アレルギー</td></tr> <tr><td>受入している薬</td><td>血液型</td></tr> <tr><td>いつも通っている病院</td><td>電話番号</td></tr> <tr><td>いつも通っている病院</td><td>電話番号</td></tr> </table>	氏名	アレルギー	受入している薬	血液型	いつも通っている病院	電話番号	いつも通っている病院	電話番号	<table border="1"> <tr><td>手回し通話機の希望 あり・なし</td><td>障害状況 身体（肢・視・聴覚）・知的・精神</td></tr> <tr><td>通っている介護施設など</td><td>行政機関連絡先</td></tr> <tr><td>主治医と連絡先</td><td>担当者と連絡先</td></tr> <tr><td>電話番号</td><td>電話番号</td></tr> <tr><td>集合場所</td><td>その他伝えたいこと</td></tr> <tr><td>避難所</td><td></td></tr> </table>	手回し通話機の希望 あり・なし	障害状況 身体（肢・視・聴覚）・知的・精神	通っている介護施設など	行政機関連絡先	主治医と連絡先	担当者と連絡先	電話番号	電話番号	集合場所	その他伝えたいこと	避難所	
氏名	アレルギー																				
受入している薬	血液型																				
いつも通っている病院	電話番号																				
いつも通っている病院	電話番号																				
手回し通話機の希望 あり・なし	障害状況 身体（肢・視・聴覚）・知的・精神																				
通っている介護施設など	行政機関連絡先																				
主治医と連絡先	担当者と連絡先																				
電話番号	電話番号																				
集合場所	その他伝えたいこと																				
避難所																					
<table border="1"> <tr><td>氏名</td><td>アレルギー</td></tr> <tr><td>受入している薬</td><td>血液型</td></tr> <tr><td>いつも通っている病院</td><td>電話番号</td></tr> <tr><td>いつも通っている病院</td><td>電話番号</td></tr> </table>	氏名	アレルギー	受入している薬	血液型	いつも通っている病院	電話番号	いつも通っている病院	電話番号	<table border="1"> <tr><td>手回し通話機の希望 あり・なし</td><td>障害状況 身体（肢・視・聴覚）・知的・精神</td></tr> <tr><td>通っている介護施設など</td><td>行政機関連絡先</td></tr> <tr><td>主治医と連絡先</td><td>担当者と連絡先</td></tr> <tr><td>電話番号</td><td>電話番号</td></tr> <tr><td>集合場所</td><td>その他伝えたいこと</td></tr> <tr><td>避難所</td><td></td></tr> </table>	手回し通話機の希望 あり・なし	障害状況 身体（肢・視・聴覚）・知的・精神	通っている介護施設など	行政機関連絡先	主治医と連絡先	担当者と連絡先	電話番号	電話番号	集合場所	その他伝えたいこと	避難所	
氏名	アレルギー																				
受入している薬	血液型																				
いつも通っている病院	電話番号																				
いつも通っている病院	電話番号																				
手回し通話機の希望 あり・なし	障害状況 身体（肢・視・聴覚）・知的・精神																				
通っている介護施設など	行政機関連絡先																				
主治医と連絡先	担当者と連絡先																				
電話番号	電話番号																				
集合場所	その他伝えたいこと																				
避難所																					



広告スペース
(裏表紙裏)

(様式6)

広告掲載申込書兼誓約書

平成 年 月 日

(あて先) さいたま市長

ふり がな
住 所

ふり がな
氏 名

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

さいたま市の広告媒体へ広告を掲載したいので、条件・内容等を承諾のうえ、次のとおり申し込みます。

また、さいたま市広告掲載要綱及びさいたま市広告掲載基準の内容を遵守することを誓約します。

1 広告媒体名称 平成30年度さいたま市の障害者福祉ガイド
(表紙裏)

2 広告内容

3 業 種

4 その他

さいたま市が市税納付状況調査を行うことに同意します。

5 連絡先

(1) 担当者部署・氏名

(2) TEL

(3) FAX

(4) Eメール

※広告代理店が申込み場合は、2は広告主の名称・広告の内容、3は広告主の業種とすること(広告主が決定していない場合は未定とすること)。

(様式6)

広告掲載申込書兼誓約書

平成 年 月 日

(あて先) さいたま市長

ふり がな
住 所

ふり がな
氏 名

(法人にあつては、名称及び代表者の氏名)

さいたま市の広告媒体へ広告を掲載したいので、条件・内容等を承諾のうえ、次のとおり申し込みます。

また、さいたま市広告掲載要綱及びさいたま市広告掲載基準の内容を遵守することを誓約します。

1 広告媒体名称 平成30年度さいたま市の障害者福祉ガイド
(裏表紙裏)

2 広告内容

3 業 種

4 その他

さいたま市が市税納付状況調査を行うことに同意します。

5 連絡先

(1) 担当者部署・氏名

(2) TEL

(3) FAX

(4) Eメール

※広告代理店が申込み場合は、2は広告主の名称・広告の内容、3は広告主の業種とすること(広告主が決定していない場合は未定とすること)。