

令和6年度 介護保険各種通知用封筒に掲載する有料広告募集要項

(趣旨)

第1条 この要項は、上越市有料広告掲載に関する要綱（平成18年上越市要綱第6号。以下「要綱」という。）に定めるもののほか、令和6年度介護保険各種通知用封筒に掲載する有料広告の募集に関し必要な事項を定めるものとする。

(広告掲載媒体等)

第2条 広告を掲載する媒体、作成枚数、広告掲載枠の規格、募集枠数、広告の掲載期間、広告の掲載方法及び最低販売価格は、次の表に定めるとおりとする。

広告を掲載する媒体	介護保険各種通知用封筒(洋形長3号) 裏面
作成枚数	109,300枚
広告掲載枠（以下「広告枠」という。）の規格	大きさ：縦6cm×横6cm 印刷色：黒1色
募集広告枠数	3枠
広告の掲載期間	令和6年8月からおおむね1年間（事務の都合により掲載期間が前後する場合がある。） ただし、令和6年度広告掲載封筒の使用を開始し、おおむね1年が経過した後も広告掲載封筒がすべて使用されずに残った場合、市は、その在庫の広告掲載封筒を引き続き使用できるものとする。
広告の掲載方法	見積り額の高い順から広告枠の売買による。
最低販売価格	1枠につき 40,000円

(募集期間)

第3条 募集期間は、令和6年4月1日（月）から令和6年5月10日（金）まで（同日までに必着とする。）とする。

(対象者の要件)

第4条 要綱第4条第4号のその他別に定める要件は、次のとおりとする。

- (1) 法人の場合にあつては、市内に事業所又は営業所を有すること。
- (2) 法人以外の団体及び個人の場合にあつては、事業を営む団体又は人であり、かつ、当該団体の代表者又は当該人が市内に住所を有すること。

(広告枠購入資格審査等)

第5条 広告枠を購入し、媒体に広告を掲載しようとする人及び団体は、要綱及び上越市有料広告掲載に関する要綱第4条及び第5条に係る判断基準を確認の上、介護保険各種通知用封筒広告掲載枠購入資格審査申込書（第1号様式）に掲載しようとする広告の版下を添えて、市長に申し込まなければならない。

2 前項の介護保険各種通知用封筒広告掲載枠購入資格審査申込書（第1号様式）等の提出先は、高齢者支援課、南出張所、北出張所又は各総合事務所市民生活・福祉グループのいずれかとする。

3 市長は、第1項の申込書の提出があったときは、要綱第7条の規定による審査を経て、広告枠の購入資格の有無を確認し、広告デザインを審査した上で、介護保険各種通知用封

認 定

筒広告掲載枠購入資格 通知書(2号様式)により通知するものとする。

不認定

(広告枠の購入者の決定等)

第6条 市長は、前条第3項の規定により広告枠の購入資格を認定した人及び団体（以下「有資格者」という。）のうちから、上越市財務規則（昭和46年上越市規則第35号。以下「規則」という。）に規定する見積り合わせの方法により広告枠の購入者（以下「購入者」という。）を決定するものとする。ただし、有資格者の数が募集広告枠数以下のときは、規則に規定する随意契約の方法により購入者を決定するものとする。

(契約の締結等)

第7条 市長は、前条の規定により決定した購入者と広告枠の売買契約を締結するものとする。

2 購入者は、前項の売買契約締結後、市長が指定する日までに掲載する広告の原稿又はデータを提出し、及び広告枠の購入代金を納付しなければならない。

(問い合わせ先)

〒943-8601

上越市木田1丁目1番3号

上越市役所高齢者支援課賦課給付係

TEL 025-520-5706

FAX 025-526-6115

第1号様式（第5条関係）

介護保険各種通知用封筒広告掲載枠購入資格審査申込書

年 月 日

（宛先）上越市長

次のとおり介護保険各種通知用封筒の広告掲載枠を購入する資格の審査を申し込みます。

申込者	法人又は団体	所在地	
		団体名	
		代表者氏名	
		担当者	
		連絡先	
		事業の概要	
		ホームページアドレス	
	個人	住所	
		氏名	
		連絡先	
事業の概要			
掲載媒体	<input type="checkbox"/> 介護保険各種通知用封筒		
市税等納税状況調査承諾書	<p>広告掲載枠を購入する資格の審査のため、担当職員が市税等の納税状況を確認することを承諾します。</p> <p style="text-align: center;">名称</p> <p style="text-align: center;">氏名（代表者名）</p> <p style="text-align: right;">（署名又は記名押印）</p> <p style="text-align: right;">※法人の場合は、記名押印</p>		
※承諾しない場合は、市税等の納税証明書を添付してください。			

※ この申込書は、広告掲載枠を購入する資格の審査あたって使用するもので、この業務以外には利用しません。

第2号様式（第5条関係）

介護保険各種通知用封筒広告掲載枠購入資格  
認定  
不認定  
通知書

第 号  
年 月 日

様

上越市長 印

年 月 日付けで申込みのあった介護保険各種通知用封筒の広告掲載枠を購入する資格について、次のとおり認定 する しない  
ので通知します。

認定	掲載対象	<input type="checkbox"/> 介護保険各種通知用封筒
	掲載内容	
	広告掲載者の決定方法	<input type="checkbox"/> 見積り合わせ（令和 年 月 日までに見積書を提出してください。） <input type="checkbox"/> 随意契約
不認定	理由	