

マタニティマーク入りストラップ及び
母子健康手帳用ビニールカバー納品事業者
募集要領

令和8年8月

神戸市こども家庭局家庭支援課

目次

1. 目的	1
2. 仕様	1
3. 広告を掲載する場合	1
4. 配布機関	1
5. 応募資格	1
6. 応募方法	2
7. 応募の抹消	3
8. 選考方法	3
9. 納品数及び納入期限	4
10. 納入場所	4
11. 問い合わせ先及び提出先	4
● 様式 1 申込書	5
● 様式 2 法人の概要	6
● 様式 3 誓約書	7
● 様式 4 提案書	8
● 様式 5 質問票	9
● 様式 6 辞退届	10

1. 目的

各区役所で母子健康手帳交付時に配布しているマタニティマーク入りストラップ（以下「マタニティストラップ」という。）及び母子健康手帳用ビニールカバー（以下「ビニールカバー」という。）を無料で民間企業等に作成、納品いただくことにより、購入費用の削減及び市民サービスの向上を図ることを目的としています。

2. 仕様

（1）マタニティストラップ

こども家庭庁指定のマタニティマークを印刷したマタニティストラップを個包装したもの（マタニティマークの説明・デザイン・色等の基準の詳細については、こども家庭庁のホームページ参照 <https://sukoyaka21.cfa.go.jp/maternitymark/>）

- ・大きさ 縦 3 ～ 6 cm 横 3 ～ 6 cm の範囲のもの
- ・厚さ 2 ～ 6 mm の範囲のもの

（2）ビニールカバー

- ・大きさ 縦 190mm 横 280mm 前後 折込 70mm×70 mm ※詳細別途協議
（冊子のページ数増減の都合上、ビニールカバーの大きさは 12 月末頃に確定します）
- ・色 無色透明
- ・素材 ポリ塩化ビニールクリア 厚さ 0.2 mm

3. 広告を掲載する場合

- （1）マタニティストラップ本体及びビニールカバーには広告を掲載しないでください。
- （2）マタニティストラップ及びビニールカバーとあわせて広告物を配布することは差し支えありません。広告には「神戸市とは無関係」という旨の文言を記載し、神戸市が広告主を後援している、特定の商品を推奨している、という印象を与えないようにしてください。
- （3）「マタニティマーク関連グッズに関する広告掲載取扱要綱」及び「母子健康手帳用ビニールカバーに関する広告掲載取扱要綱」を遵守してください。

4. 配布期間

令和 9 年 4 月 1 日～令和 10 年 3 月 31 日

5. 応募資格

次の要件を全て満たす法人であること。

- （1）公募受付締切日において地方自治法施行令第 167 条の 4（昭和 22 年政令第 16 号）の規定に該当しないものであること。
- （2）公募受付締切日において、神戸市指名停止基準要綱に基づく指名停止の措置に該当しない者であること。
- （3）公募受付締切日において、直近 1 年間の法人税、消費税及び地方消費税、県税並び

に市町村税の滞納がないこと。

- (4) 役員の中に破産者及び拘禁刑以上の刑に処された者がいないこと。
- (5) 会社更生法及び民事再生法等による手続きをしている法人でないこと。
- (6) 暴力団員による不当な行為の防止等に関する法律第2条第2号に掲げる暴力団及びそれらの利益となる活動を行う者ではないこと。

6. 応募方法

(1) 提出書類

①～⑨の原本1部及び⑩の見本2部を以下の番号順に並べて提出してください。

- ① 申込書（様式1）
- ② 法人の概要（様式2）
- ③ 誓約書（様式3）
- ④ 提案書（様式4）※同様の内容がわかるものであれば別様式でも可
- ⑤ 法人の登記簿謄本（申請日以前、3か月以内に発行されたもの）
- ⑥ 定款、寄付行為等
- ⑦ 決算書（貸貸対照表・損益計算表など）のコピー（直近の1年分）
- ⑧ 法人等の設立趣意、運営方針、事業内容等の概要がわかるもの（パンフレット等可）
- ⑨ 広告物（企画がわかるもの）
- ⑩ マタニティストラップ見本及びビニールカバーの見本（2の仕様にあてはまっているかどうか手にとって確認できるもの）2部

(2) 質問

- ・ 令和8年9月3日～令和8年9月15日 12時までE-mailで受け付けます。
- ・ 質問ごとに質問票（様式4）を使用し、簡潔に作成してください。
- ・ 質問に対する回答は、応募に際して必要な項目のみ説明します。
- ・ 令和8年9月18日までに応募者全員に回答します。

(3) 応募書類の提出場所

神戸市こども家庭局 家庭支援課母子保健担当〔神戸市役所1号館7階〕

(4) 募集期間

令和8年9月3日～令和8年9月30日（必着）

(5) 提出方法

上記の期間内に郵便、宅配便いずれかの方法で提出してください。

- ・ 応募書類の修正は提出期間終了後には受け付けません。
- ・ 応募状況等の問い合わせ及び提出書類内容の確認については、一切受け付けません。
- ・ 応募を辞退する場合は、応募辞退届（様式6）を家庭支援課母子保健担当に提出してください。

7. 応募の抹消

応募した法人が、提出書類の受付締切日以降、選定の日までの間に、次のいずれかに該当した場合は、応募を抹消し、選定審査の対象から除外することとします。

- (1) 受付期間内に応募書類が全て提出されなかった場合
- (2) 公募要領に違反又は著しく逸脱した場合
- (3) 地方自治法施行令第167条の4（昭和22年政令第16号）の規定に該当した場合
- (4) 神戸市指名停止基準要綱に基づく指名停止に該当した場合
- (5) 本募集の採否の働きかけを行うなどの目的のために、応募者又はその関係者が直接又は間接に本市職員、選考委員会の委員などの本件関係者と接触をもった場合

8. 選考方法

「マタニティマーク関連グッズに関する広告掲載取扱要綱」第5条及び「母子健康手帳用ビニールカバーに関する広告掲載取扱要綱」第5条に定める審査会により、マタニティストラップ及びビニールカバーの品質、事業の実績及び継続性、広告を掲載する場合はその企画及び内容及びその他関連する提案を総合的に比較し決定します。

選考基準項目

評価項目	評価基準	点数
1. 品質・デザイン (マタニティストラップ)	・提供グッズの品質の安全(耐久性など)や環境への配慮がなされているか ・周囲にもわかりやすいか ・身につけやすさへの配慮があるか	20 点
2. 品質・デザイン (母子健康手帳用ビニールカバー)	・提供グッズの品質の安全(耐久性など)や環境への配慮がなされているか ・神戸市の母子健康手帳に合ったデザインか	20 点
3. 広告内容	・掲載予定の広告は母子健康手帳配布時に配布するのがふさわしい内容か ・神戸市の経済に貢献する提案がなされているか ・配布される広告物のサイズ・量は妥当か ・掲載広告について、市民サービス向上のための創意工夫や提案がされているか	25 点
4. グッズ提供事業の安定性・ 企業の運営体制	・他の自治体を含め、過去に公的事業における無償提供実績があり、問題なく納品が完了したか ・広告掲載企業を集めるノウハウがあるか(広告代理業の実績等) ・広告掲載企業が予定通り集まらなかった場合でも、企業として納品に対応しうるか ・財務状況は良好か	20 点

	・問題発生時に適切に対応する体制があるか (提供グッズの汚損・破損時、掲載広告企業に瑕疵があった場合の差し替え等)	
5. その他	1～4で挙げた項目のほかに、マタニティストラップ及びビニールカバー利用者に有益な提案がなされているか	5 点
6. 地元企業に対する加点	神戸市内に本社を有する場合 10 点、支社等が市内にある場合 5 点、無い場合 0 点	10 点

選定結果は決定後すみやかにすべての応募者に通知し、市のホームページで公表します。ただし、審査の経緯は公表いたしません。また、選考結果についての異議申し立ては受け付けません。

9. 納品数及び納入期限

(1) マタニティストラップ 9,000 個 令和9年3月12日(金)

(2) ビニールカバー 9,000 枚 令和9年2月10日(水)

※ 配布期間を過ぎて、余った場合は市に寄贈するものとします。

10. 納入場所

(1) マタニティストラップ

各区役所・支所保健福祉課 12 箇所及び神戸市こども家庭局家庭支援課

(2) ビニールカバー

母子健康手帳印刷事業者

(母子健康手帳一式をビニールカバーにセットする作業を、印刷事業者において行います。印刷事業者が決まりましたらご連絡させていただきます。)

11. お問い合わせ先及び提出先

〒650-8570 神戸市中央区加納町6-5-1 (市役所1号館7階)

電話 078 (322) 6513 Fax 078 (322) 6119

E-mail : ks_boshihoken@city.kobe.lg.jp

神戸市こども家庭局家庭支援課母子保健担当 中川・稲岡

(様式1)

令和 年 月 日

神戸市長宛

応募申込書

マタニティマーク入りストラップ及び母子健康手帳用ビニールカバー納品事業者
に、以下のとおり申し込みます。

法 人 名		
所 在 地		
代表者名		印
担 当 者	氏名	
	部署・職名	
	電話番号	
	Fax 番号	
	E-mail	

過去3年間の事業実績

年月	実績のある地方自治体名	広告取り扱い内容

(様式2)

法人の概要

法人の名称	
代表者名	
所在地	
神戸市内の支社等の所在地	
役員数	
職員数	

(様式3)

令和 年 月 日

神戸市長宛

法人名

所在地

代表者名

印

誓約書

神戸市マタニティマーク入りストラップ及び母子健康手帳用ビニールカバー納品事業者への応募にあたり、募集要領の応募資格を満たし、提出書類の内容について事実と相違ないことを誓約します。

提 案 書

1. 提供グッズの品質の安全(耐久性など)や環境への配慮について	
2. 問題発生時の対応体制について(提供グッズの汚損・破損時や掲載広告企業に瑕疵があった場合の差し替え等)	
3. 神戸市の経済や母子保健の推進に貢献する提案について	
4. 広告代理業の実績について(自治体関連事業に限らず)	
5・その他、マタニティストラップ及びビニールカバー利用者に有益な提案	

以上の項目について、提案・実績があれば記載すること。

(様式5)

令和 年 月 日

神戸市長宛

質 問 票

マタニティマーク入りストラップ及び母子健康手帳用ビニールカバー納品事業者募集に関して、下記の通り質問票を提出します。

質問者

法人名

部署・職名

担当者名

電話番号

Fax 番号

E-mail

質問内容

※ 質問は本様式 1 枚につき 1 問とし、簡潔にまとめて記載すること。

(様式6)

令和 年 月 日

神戸市長宛

法人名

所在地

代表者名

印

辞 退 届

令和 年 月 日付で申請した「マタニティマーク入りストラップ及び母子健康手帳用ビニールカバー納品事業者募集」への応募を辞退します。