

窓空宛名
当帳票をサンプルとして、帳票レイアウト及び帳票詳細要件の対応案となります。

第 年 月 日 号

帳票詳細要件（2.身体障害者手帳）

業務	02.身体障害者手帳	帳票名称	02	身体障害者手帳交付（再交付）について	
通番	システム印字項目	実装項目			印字編集条件など
		必須	オプション	不可	
1	宛名	●			障害者福祉共通「01宛名印刷」の窓空き宛名と同じ
2	文書番号	●			
3	発行日	●			和暦表記
4	タイトル	●			パラメタなどにより初期設定が行えること
5	市町村長	●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名+全角スペース+市町村長名での印字も可とする
6	都道府県名	●			
7	氏名	●			
8	手帳番号	●			手帳記号+全角スペース+第○○○号
9	問合せ先	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村
10	担当部署名	●			郵便番号+全角スペース+住所
11	住所	●			
11	電話番号	●			
12	FAX番号	●			
13		●			

身体障害者手帳交付（再交付）について

〇〇市（町村）長

(No.1の対応①)
文言マスタから取得し、印字する領域

先に申請のありました身体障害者手帳について、都道府県名より送付されましたので、下記のとおりお渡します。
つきましては、申請された窓口までお越しください。

記

氏名	手帳番号
お持ちいただくもの	1. この通知書 2. 身体障害者手帳（新規、紛失による再交付の場合は除く）
備考	2021/10/1 ペンダ意見 備考欄は対象者によって異なる印字対応をしている市町村もあるため、No4と同じ対応が必要である。 ⇒備考欄、予備欄はNo4と同様にする。

(No.2の対応)
文言マスタから取得し、印字する領域

現在記載している「1. この通知書」などの表記は、初期値として位置づけるため、このままとする。

(No.1の対応②)
文言マスタから取得し、印字する領域
⇒備考欄・予備欄は、No.4・5と同様に
対応する（対象者により異なる印字を可能とする）。

(No.1の対応③)
文言マスタから取得し、印字する領域

(No.1の対応②・③、No.2の対応)
「お持ちいただくもの」、「備考」、「その他の案内文」を実装必須で追加する。
「印字編集条件など」には以下を記載する。
文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字する。

(No.1の対応①)
「案内文」を実装必須で追加する。
「印字編集条件など」に以下を記載する。
文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字する。この場合は、通番6は印字はしない。

2021/10/1 ペンダ意見
当対応をするのであれば、通番6の印字は不要。
⇒通番6の印字は無しとし、文言全体の印字のみとする。
※敬示文と同様のパターン。他帳票も同様に対応する。

文言マスタで管理する文言は、以下の内容を管理できることとする。
※機能・帳票要件（1.障害者福祉共通）に文言マスタの管理を追加する。

- ・複数行（改行付き）を管理できること
 - ・先頭文字に全角空白文字を設定できるなど、インデントに対応できること
 - ・半角文字、英数、記号など、一般的な通知書における文言に対応できること
- ※文字の強調（ボールド、アンダーライン、文字サイズ等）は対象外とする

⇒共通の機能・帳票要件に追加済。

2021/10/1 自治体意見
文言は、障害種別（精神とそれ以外等）で打ち分けたい。
⇒管理項目の「管理場所」毎の設定が行えるようにする。
⇒共通の機能・帳票要件に追加済。

2021/10/1 ペンダ意見
申請内容や障害の内容により住民ごとに持参いただくものを詳細に切り替えています。現在の対応案ですと住民ごとの細やかな切り替えではなく、自治体ごとの一律の切り替えとなりますので、住民向けの事前お知らせとしてはサービス低下します。
⇒標準仕様としては、対象者の申請種別や障害内容により印字内容を変更するのは難しいため、多数の自治体と同様に、固定文言（日本語表現）で対応をお願いしたい。

(お問合せ先)
●●市福祉部障害福祉課
住 所 123-4567 ●●市●●1-2-3
電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890
メール xxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

対応案No.3 (教示文の変更)

窓空宛名
 当帳票をサンプルとして、帳票レイアウト及び帳票詳細要件の対応案となります。

様式第2号
 第 号
 年 月 日
 市町村長 印

介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費 支給（給付）決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書

申請日 に申請のありました（介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費）の支給（及び）（利用者負担額減額・免除等）について、（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第22条（及び）第29条）（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第34条）（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第51条の7及び第51条の14）の規定に基づき下記のとおり決定し、受給者証を交付しますので通知します。

障害福祉サービス受給者証番号	地域相談支援受給者証番号	
支給（給付）決定障害者（保護者）氏名	支給決定に係る児童氏名	
障害支援区分	支給（給付）決定年月日	障害支援区分の有効期
サービスの種類	支援の内容及び支給（給付）量	
特記事項		
利用者負担上限月額	円	左の上限月額の適用期間
特定障害者特別給付費（個人用支給）	月額 円	左の給付費の適用期間
特定障害者特別給付費（共同利用・施設等利用等支給）	月額 円	左の給付費の適用期間

○現状の仕様
 教示文の文言は固定されている。
 ただし、都道府県名や市町村名、市町村長はシステムから印字する。

○変更後の仕様
 以下の2つから選択可能とする。
 ①現状の仕様
 ②教示文の全文を文言マスタで設定し、文言マスタから印字する
 ※都道府県名や市町村名、市町村長も含めて文言マスタで設定する

帳票詳細要件（6.障害福祉サービス等（受給者管理））

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票名称	12	（介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費）支給（給付）決定通知書兼利用者負担額減額・免除等決定通知書
----	---------------------	------	----	--

通番	システム印字項目	実装項目			印字編集条件など
		必須	オプション	不可	
1	タイトル	●			パラメタなどにより初期設定が行えること
2	文書番号	●			
3	発行日	●			和暦表記
4	宛名	●			障害者福祉共通：宛名印刷を参照ください。
5	市町村長	●			パラメタなどにより初期設定が行えること 市町村名+全角スペース+市町村長名での印字も可とする
6	電子公印	●			パラメタなどにより初期設定が行えること
7	通知文	●			和暦表記
8	障害福祉サービス受給者証番号	●			
9	地域相談支援受給者証番号	●			
10	障害者（保護者）氏名	●			
11	児童氏名	●			
12	障害支援区分	●			
13	支給決定日	●			和暦表記 和暦表記
29	特定障害者特別給付費月額	●			
30	特定障害者特別給付費月額適用期間	●			
31	療養介護医療	●			
32	療養介護医療	●			
33	療養介護医療	●			
34	療養介護医療	●			
35	療養介護医療	●			
36	不服申立て及び取消訴訟文	●			
37	市町村名1	●			
38	市町村名2	●			
39	市町村長	●			
40	問合せ先	●			問合せ先管理のパラメタの担当部署名に、市区町村名から設定すること
41	住所	●			郵便番号+全角スペース+住所
42	電話番号	●			内線番号が必要な場合は、問合せ先管理のパラメタの電話番号の後ろにかっこ書きで追加設定すること
43	FAX番号	●			問合せ先管理のパラメタのFAX番号を設定すること
44	メール	●			問合せ先管理のパラメタのメールアドレスを設定すること

2021/10/1 ペンダ意見
 ・②のみでよい。
 ・選択可能とはせずに「①現状の仕様」については削除していただきたい。
 ・①と②のどちらか一方にしてほしい（ペンダが選択できるでもよい）。
 ⇒②のみに変更する。

「全文」を実装必須で追加する。「印字編集条件など」に以下を記載する。
 文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字する。この場合は、通番36から39は印字はしない。
 ※文言マスタで、印字有無が「有」となっていない場合は、通番36から39に従う。

療養介護医療	公費負担者番号	公費受給者番号
療養介護医療（食事療養（生活療養）を除く）	月額 円	
上限額の適用期間		

文言マスタから取得し、印字する領域

不服申立て及び取消訴訟
 1 この決定について不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3か月以内に「都道府県名」知事に対し審査請求をすることができます。
 2 また、処分の取消しの訴えは、前項の審査請求に対する裁決書を受け取った日の翌日から起算して6か月以内に「市町村名1」を被告として（訴訟において「市町村名2」を代表する者は「市町村長」となります。）、提起することができます。なお、処分の取消しの訴えは、前項の審査請求に対する裁決を経た後（次の(1)から(3)までのいずれの条件も該当するものを除く。）でなければ提起することができません。
 (1) 審査請求があった日から3か月を経過しても裁決がないとき。
 (2) 処分、処分の執行又は手続の続行により生ずる著しい損害を避けるため緊急の必要があるとき。
 (3) その他裁決をしないことにつき正当な理由があるとき。
 3 ただし、上記の期間が経過する前に、この決定があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として審査請求することができなくなり、また、審査請求に対する裁決があった日の翌日から起算して1年を経過した場合は、原則として決定の取消しの訴えを提起することができなくなります。

(お問合せ先)
 ●●市福祉部障害福祉課
 住所 123-4567 ●●市●●1-2-3
 電話番号 987-6543-2111 FAX番号 123-456-7890
 メール xxxxxxxxxxxx@yyy.yzz.aaa

様式第11号

(-)		(二)		(三)	
障害福祉サービス受給者証		介護給付費の支給決定内容		サービス種別	
受給者証番号		障害支援区分		サービス種別	
居住地		認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	支給量等	
フリガナ		サービス種別		サービス種別	
氏名		支給量等		サービス種別	
生年月日		支給決定期間	年 月 日から 年 月 日まで	サービス種別	
フリガナ		注		サービス種別	
氏名		注		サービス種別	
生年月日		注		サービス種別	
障害種別		注		サービス種別	
交付年月日		注		サービス種別	
支給市町村名 及び印		注		サービス種別	

当帳票をサンプルとして、帳票レイアウト及び帳票詳細要件の対応案となります。

2021/10/1 ベンダ意見
障害福祉サービス受給者証の場合は、事務処理要領に予備欄の記載例があるがどうなるのか。
⇒記載例の内容を印字するように、「印字編集条件など」に記載する。

帳票詳細要件の「印字編集条件など」に従い印字する

帳票詳細要件（6.障害福祉サービス等（受給者管理））

業務	06.障害福祉サービス等（受給者管理）	帳票名称	23	障害福祉サービス受給者証
通番	システム印字項目		実装項目	
			必須	オプション
1	受給者証番号		●	
2	支給決定障害者等	障害者（保護者）居住地	●	住所+全角スペース+方書
3		障害者（保護者）カナ氏名	●	
4		障害者（保護者）氏名	●	
5		障害者（保護者）生年月日	●	
6	児童	児童カナ氏名	●	
7		児童氏名	●	
8		児童生年月日	●	
9	障害種別		●	
10	交付年月日		●	
11	支給市町村名		●	わたた印字が行えること
12	電子公印		●	
13	介護給付費の支給決定内容	障害支援区分	●	
14			●	
15			●	
16			●	
17			●	
18			●	
19			●	
20			●	
21		大和次定期別サービス種別3	●	
22		支給量等3	●	
23		支給決定期間3	●	
24		予備欄	●	
25		サービス種別4	●	

2021/10/1 ベンダ意見
該当備考欄に印字が可能となる項目を予め編集項目に定義して、その中から印字項目を選択可能（複数可）となるようにしてほしい。
⇒各帳票の各印字場所ごとに、印字候補項目をあらかじめ用意するのは困難であり汎用性に欠けるため、候補は定義しない。

「印字編集条件など」に以下を記載する。
○文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字する。
○印字すべき管理項目、印字有無、前付加文言、後付加文言についてパラメタで複数項目を設定でき、印字有無が「有」となっている項目は、印字する。

2面だけでなく、4・5・6面の予備欄も同様に対応する。

2021/10/1 自治体意見
予備欄への文言は、出力の都度、自由に設定したい。
⇒管理項目に「予備欄二」、「予備欄四」のように実装オプションで追加し、印字できるようにする。
なお、特記事項は、「印字編集条件など」に、「事務処理要領の***に従う」といった追記をする。

（縦11.4cm、横7.5cm×6面） ※表紙となる第一面はカバーケースとなるため、帳票レイアウトとしては第二面からとしている。

身体障害者手帳		本人の欄		保護者の欄		障害者名		備考	
(印字)交付日 + "交付"		現住所	転入年月日	(印字)氏名	保護者となった年月日	(印字)障害名		(印字)再交付日 + "再交付"	
(印字)手帳記号 (印字)手帳番号		(印字)住所		(印字)続柄	福祉事務局長又は町村長印			(印字)障害部位ごとの再認定年月 + 再認定 (" + 障害部位 + ")	
写真 (縦4cm×横3cm)				(印字)住所					
氏名(印字)氏名 (印字)生年月日 + "生"				氏名 住所					
(印字)市町村名/ 都道府県名	公印			氏名 住所					
		注)住所や氏名が変わったときは、速やかに変更の届けを出してください。		氏名 住所					

帳票詳細要件の「印字編集条件など」に従い印字する

帳票詳細要件の「印字編集条件など」に従い印字する

当帳票をサンプルとして、帳票レイアウト及び帳票詳細要件の対応案となります。

2021/10/1 ベンダ意見
再交付日等が記載されているが、これは何か。
⇒削除する。

2021/10/1 ベンダ意見
3手帳のマークの印字の要望は聞いたことが無いため、対応するとしても実装オプションにしてほしい。
⇒実装オプションとする。

「印字編集条件など」に以下を記載する。
○文言マスタで、印字有無が「有」となっている場合は、設定された文言を印字する。
○印字すべき管理項目、印字有無、前付加文言、後付加文言についてパラメタで複数項目を設定でき、印字有無が「有」となっている項目は、印字する。
○3手帳に限り、印字すべきマーク(画像ファイル)を管理でき、マークを印字するために関係する管理項目及びその値を設定できること。この設定内容及び管理項目の入力値により、マークを印字する。

2021/10/1 自治体意見
再交付日は1面に印字しているため、印字場所の変更が必要である。
⇒図で示されている様式については、標準化に合わせて印字場所は固定とする。

14	備考	再交付日	●					和暦 打ち出し形式 再交付日 + "再交付"
15		再認定年月	●					和暦表記 打ち出し形式 障害部位ごとの再認定年月 + "再認定 (" + 障害部位 + ") " ※再認定年月が複数ある場合は、複数印字する ※印字例 「令和3年4月 再認定(視覚障害)」

実装オプションを実装必須に変更することが難しい場合の対応例となります。

2021/10/1 自治体意見
備考に寄せるのではなく、空白にハイフンを入れるなどで対応できないか。
⇒タイトル部分に二重線-アスタリスクを入れるなど対象外項目と分かる表現方法と備考欄に寄せる方法の2パターンを作成し、10月WTで提示する。

申請書関係 ⇒ このまま 様式第1号

(介護給付費 訓練等給付費 特定障害者特別給付費 地域相談支援給付費)
支給申請書兼利用者負担額減額・免除等申請書

市町村長名 様
次のとおり申請します。 申請年月日 年 月 日

申請者フリガナ	フリガナ	生年月日	年 月 日
氏名	個人番号:	生年月日	年 月 日
居住地	〒	電話番号	
支給申請に係る児童氏名	フリガナ	生年月日	年 月 日
身体障害者手帳番号	療育手帳番号	精神障害者保健福祉手帳番号	疾病名
被保険者証の記号及び番号(※)	保険者名及び番号(※)		
障害基礎年金1級の受給の有無(就労継続支援B型のサービスを申請する者に限る。)			

※「被保険者証の記号及び番号」欄及び「保険者名及び保険者番号」欄は、療養介護を申請する場合記入すること。

サービス利用の状況	障害福祉関係サービス	障害支援区分の認定	有効期間
	介護保険サービス	要介護認定	要介護度
申請に係る具体的な内容	サービスの種類	申請に係る具体的な内容	
	介護給付費	訓練等給付費	
	居宅介護	就労定着支援	
	居宅介護	就労定着支援	

申請書・届出にある実装オプション項目はこのままとする。
【理由】
更新申請時に、前の受給内容に関する部分を印字するか否かは自治体により運用が分かれるため、「システムからの印字有無」を実装オプションとしているため。申請書・届出の様式であるため、このままでよい。
※手当の所得状況届も同様。

一覧帳票関係 ⇒ 備考欄に寄せる

身体障害者手帳の交付等申請者一覧 (進達) 〇〇市(町村)長 様
下記の交付申請等について進達します。

No.	申請年月日	申請者氏名	住所	生年月日	申請・届出の種類	希望手帳様式	備考
〇							

様式第4号 通知書関係 ⇒ 備考欄や余白に寄せる

窓空宛名

手当名認定通知書

受給者氏名	認定番号
受給者住所	
支給手当月額	支払開始年月 から
支払場所	
有期認定有無	有期認定年月

申請日付で申請のありました手当名の受給資格については、上記のとおり認定しましたので通知します。

この認定に不服があるときは、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、書面にて、都道府県知事に対して審査請求をすることができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して3か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過したときは、審査請求をすることができません。
この処分取消しを求める訴えは、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、市町村長1を被告として(訴訟において市町村長2を代表する者は市町村長となります。)、提起することができます。
ただし、この通知書を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日から起算して1年を経過したときは、取消訴訟を提起することができません。

問合せ先管理にてメールに関する設定が無い場合は、「メール」のタイトルも含めて印字しない、といった仕様を帳票詳細要件の「印字編集条件など」に明記する。

(お問合せ先)
●●市福祉部障害福祉課
住所 123-4567 市●●1-2-3
電話番号 987-6543-210 FAX番号 123-4567
メール xxxxxxxxxxxx@yyy.zzz.aaa

○帳票レイアウトの修正
実装オプション項目の枠を削除し、備考欄を広げる。
○帳票詳細要件の「印字編集条件など」への追記
印字すべき管理項目、印字有無、前付加文言、後付加文言についてパラメタで複数項目を設定でき、印字有無が「有」となっている項目は、印字する。
例)希望手帳様式を印字する場合
印字項目:希望手帳様式
印字有無:有
前付加文言:(空白)
後付加文言:(空白)
⇒予備欄への印字は、以下のようになる。
「カード(又は紙)」

受給者氏名	
受給者住所	
支給手当月額	支払開始年月 から
支払場所	
備考	

○帳票レイアウトの修正
実装オプション項目の枠を削除し、予備欄(備考欄)を追加する(又は余白を設ける)。
○帳票詳細要件の「印字編集条件など」への追記
印字すべき管理項目、印字有無、前付加文言、後付加文言についてパラメタで複数項目を設定でき、印字有無が「有」となっている項目は、印字する。
例)有期認定有無、有期認定年月を印字する場合
印字項目:有期認定有無、有期認定年月
印字有無:有
前付加文言:「有期認定有無:」、「有期認定年月:」
後付加文言:(空白)
⇒予備欄への印字は、以下のようになる。
「有期認定有無:有
有期認定年月:令和4年10月」

対応案No.7 (ページ数の相違等レイアウトの大幅変更)

様式第11号

(一) 障害福祉サービス受給者証	(二) 介護給付費の支給決定内容	(三) サービス種別	(四) 訓練等給付費の支給決定内容	(五) 計画相談支援給付費の支給内容	(六) 利用者負担に関する事項
受給者番号 住所 氏名 生年月日 フリガナ 氏名 生年月日 障害種別 交付年月日	障害支援区分 認定有効期間 サービス種別 支給量等 支給決定期間 サービス種別 支給量等 支給決定期間 サービス種別 支給量等 支給決定期間	サービス種別 支給量等 支給決定期間 サービス種別 支給量等 支給決定期間	障害支援区分 認定有効期間 サービス種別 支給量等 支給決定期間 サービス種別 支給量等 支給決定期間	支給期間 指定特定相談支援事業所名 サービス種別 支給量等 支給決定期間 サービス種別 支給量等 支給決定期間	負担上限月額 適用期間 食事提供体制加算対象者 適用期間 利用者負担上限額管理対象者該当の有無 利用者負担上限額管理事業所名 特記事項 予備欄

(七) 訪問系サービス事業者記入欄	(八) 訪問系サービス事業者記入欄	(九) 生活介護・自立訓練・就労移行支援・就労継続支援事業者記入欄	(十) 療養介護・共同生活援助・施設入所支援事業者記入欄	(十一) 療養介護・共同生活援助・施設入所支援事業者記入欄	(十二) 受給者目録号	(十三) 注意事項欄	(十四) 注意事項欄
事業者及びその事業所の名称 サービス内容 契約支給量 契約日 サービス開始終了日 サービス終了後の対応	事業者及びその事業所の名称 サービス内容 契約支給量 契約日 サービス開始終了日 サービス終了後の対応	事業者及びその事業所の名称 サービス内容 契約支給量 契約日 サービス開始終了日 サービス終了後の対応	事業者及びその事業所の名称 サービス内容 契約支給量 契約日 サービス開始終了日 サービス終了後の対応	事業者及びその事業所の名称 サービス内容 契約支給量 契約日 サービス開始終了日 サービス終了後の対応	受給者目録号	1. この証は、各面をよく読んで大切に押さえてください。 2. 指定障害福祉サービス等、共生型障害福祉サービス又は基準該当障害福祉サービスを受けようとするときは、必ずこの証を指定障害福祉サービス事業者等又は基準該当事業所に提示してください。 3. 療養介護を受けようとするときは、この証に医療保険の被保険者証及び療養介護医療受給者証を添えて、指定療養介護事業所に提示してください。 4. 指定障害福祉サービス等を受けるときは支払う金額	7. 支給量の変更を必要とする場合は、支給量の変更の申請をすることができます。また、他の種類の障害福祉サービスを受けなければならない場合は、市町村に支給申請をしてください。(サービスの種類によっては、障害支援区分の(変更)認定を受ける必要があります。) 8. この証の一、六面の記載事項に変更があったときは、14日以内に、この証を添えて市町村にその旨を届け付けてください。 9. 支給決定期間内に、居住地を移そうとする場合は、事前に、この証を交付した市町村にご連絡、ご相談ください。

分かりやすい例として、
障害福祉サービス受給者証で示します。

2021/10/1 ベンダ意見
プレプリント用紙へ印字する場合、印字位置のずれ等の影響が考えられる。
受給者証は自治体により使用している用紙(A4用紙またはシールの用紙)が異なる場合があるが、今回の変更後の仕様によって、具体的なプレプリント用紙が示されるという理解でよい。
⇒具体的なプレプリント用紙も示す。通常印刷時と同様の印字場所と印字項目を前掲としたプレプリント用紙となるため、障害福祉サービス受給者証の場合は、(一)～(六)面は標準と同様となり、(七)面以降は自由となる。

2021/10/1 自治体意見
プレプリント用紙前掲は困るため、通常用紙との選択式にしてほしい。
⇒2ボタンからの選択式を検討する。
(打合せ後追記)
システムからの通常用紙による出力となる場合は、国様式と同じ(標準仕様書の帳票レイアウトと同じ)になることが前提となる。

2021/10/1 ベンダ意見
・通常印刷を可能としてほしい。
・プレプリント用紙での印刷とする場合は、カスタマイズが発生しないように印字場所と項目は固定化してほしい。
・あらかじめ印刷した紙を利用した場合、制度改正等により様式が変更となった際に、従来の用紙が使用できなくなる(在庫の用紙を破棄することになる)可能性があるため、「標準システムからは標準仕様で定められた場所及び項目へ印字する」のみでよい。
⇒2ボタンからの選択式を検討する。

○現状の仕様
14面まで、このレイアウト及び印字項目となる。(変更不可。)

○変更後の仕様
あらかじめ印刷した紙(プレプリント用紙)を利用することを大前提とし、プレプリント用紙をプリンターのカセットもしくは手差しにセットし、標準システムからは標準仕様で定められた場所及び項目へ印字する。

印字場所及び印字項目を標準仕様に合わせていただく必要はあるが、それ以外は柔軟な対応が可能となる。
(例えば、事業者記入欄は別冊にする等。)