

特定（介護予防）福祉用具販売にかかる見積書

介護保険事業者名												
介護保険事業者番号											事業者電話番号	
給付券登録事業所名称 (上段と相違する場合のみ記入)												
事業所所在地												
事業者代表者氏名・印	○											
被保険者名									被保険者電話番号			
被保険者番号										自己負担割合	1割・2割・3割	

特定福祉用具納品(予定)日	平成 年 月 日		
介護保険対象品目 (以下の該当項目に○)	品名・仕様	メーカー	販売価格
腰掛便座			円
自動排泄処理装置 の交換可能部品			円
入浴補助用具 (・入浴用いす ・浴槽用手すり ・浴槽内いす ・入浴台 ・浴室内すのこ ・浴槽内すのこ ・入浴用介助ベルト)			円
簡易浴槽			円
移動用リフトのつり具の部分			円
合計（内税表示）			円

※カタログ等の添付資料と販売価格が相違する場合、実際の販売価格を記入してください。
(値引き等を行っている場合は、それぞれ『値引き後の価格』を記入してください。)

(以下本市使用欄)		受付者氏名：
介護保険給付額		円
介護保険対象自己負担額		円
超過分自己負担額（給付対象外含む）		円
合 計		円