

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																
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	令和 年 月 日		
介護保険対象品目	品名・仕様	メーカー	販売価格
			円
			円
			円
合計（内税表示）			円

介護保険対象品目欄には、
腰掛便座・自動排泄処理装置の交換可能部品・排泄予測支援機器・簡易浴槽・移動用リフトのつり具部分・
入浴補助用具（入浴用いす・浴槽内手すり・浴槽内いす・入浴台・浴室内すのこ・浴槽内すのこ・入浴用
助ベルトのいずれかも）・スロープ・歩行器・歩行補助つえ（カナディアンクラッチ・ロフストランドクラッ
チ・プラットホームクラッチ・多点杖のいずれかも）を記入してください。（下線部は選択制の品目）

【選択制の品目を購入する場合は次を確認しチェック欄に☑してください】

選択制の対象福祉用具については、福祉用具専門相談員または介護支援専門 員が利用者に次の対応を行ってください。 ・貸与と販売のいずれかを利用者が選択できることの説明 ・利用者の選択にあたって必要な情報の提供 ・医師や専門職の意見、利用者の心身状況等を踏まえ説明	チェック欄
---	-------

※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