

記入例

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	株式会社 北介護用品センター													
介護保険事業者番号	2	7	7	1	1	1	1	1	1	1	1	事業者電話番号	06-1111-1111	
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	大阪市北区中之島〇-〇-△													
事業者代表者氏名	大阪 花子													
被保険者名	介護 太郎							被保険者電話番号	06-0000-0000					
被保険者番号	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5	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 6年 4月 1日		
介護保険対象品目	品名・仕様	メーカー	販売価格
歩行補助つえ カナディアンクラッチ	楽々つえ (Rak-t0003)	みおつくし用具	10,000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・入浴用介
 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：	選択制の福祉用具購入 の場合は必ず説明等を行 い、ここにチェックを入 れてください。
介護保険給付額		
介護保険対象自己負担額		
超過分自己負担額（給付対象外含む）		
合計		