

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・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		