

## 見積書について（自由書式）

指定の書式はありませんが、以下の項目を明記くださいますようお願いいたします。

### 1. 宛名

必ず「大東市長」で作成してください。（「福祉事務所長」や、「対象者氏名」ではお受けできません）

### 2. 見積金額

#### （紙おむつ、ストーマ用装具）

これまでの実績等を参考にして、使用見込について必要量を記載してください。

※ 見込まれる必要量を記載するものであり、補助限度額を上回っても結構です。ただし、市の給付決定は補助限度額までです。補助限度額を上回った金額は超過利用額として記載し、見積金額は補助限度額以下にしてください。（作成例の「合計」欄参照）

#### （その他用具）

用具の見積金額を記載してください。補助限度額を上回っても結構です。

※ ただし、市の給付決定は補助限度額までです。補助限度額を上回った金額は超過利用額として記載し、見積金額は補助限度額以下にしてください。（作成例の「合計」欄参照）

### 3. 記名欄

対外的にその事業者の代表権を有する方の名義（「代表取締役」や「店長」等）でお願いします。

### 4. 品名等

#### （紙おむつ、ストーマ用装具）

①品名、②入数、③種目名、④単価、⑤数量、⑥単位、⑦金額、を必ず記載してください。

その際、本体価格と消費税額を分けて記載してください。

※ 1か月の必要量をもとに、見積期間中（最大6か月）に必要と見込まれる量・金額を算出してください。（ただし、割り切れない等の理由の場合は、6か月分での記載でも可）

※ 1か月ごとの算出が難しい商品は、項目を分けて記載してください。

#### （その他用具）

用具種目とともに、品名、型番、規格、金額等を記載してください。

※ 商品のカタログなどの参考資料がある場合は添付してください。

### 5. 対象者情報

①対象者の氏名、②対象者の住所、③見積期間、④用具名（紙おむつ、蓄便袋、蓄尿袋等）を記載してください。

見積書 (作成例)

令和 年 月 日

1  
大東市長 宛  
見積金額 ¥53,148-

3  
株式会社 ○○○○○○  
代表取締役 ○○ ○○  
〒574-0000  
大阪府大東市○○町○-○  
TEL : (000) - 000 - 0000  
FAX : (000) - 000 - 0000

4

品名	単価	数量	月数	金額	消費税
○○パウチ ワンピースタイプ 10枚入(種目:蓄便袋)	¥3,000	3	6	¥54,000 (非課税)	¥0
○○リムーバー 液体タイプ ○ml (種目:剥離剤)	¥1,500	1		¥1,500 (課税)	¥150
4※					
小計(本体価格)					¥55,500
消費税(10%)					¥150
合計					¥55,650
2※ 超過利用額					▲2,502

備考

氏名:○○ ○○様 用具名:スチーム装具 蓄便袋  
住所:大東市○○町○-○-○ 5  
見積期間:令和3年4月~令和3年9月分

## 納品書について（自由書式）

指定の書式はありませんが、以下の項目を明記くださいますようお願いいたします。

以下の内容が含まれていれば納品書を請求内訳書としてまとめていただいても結構です。

※ 納品書の内容審査の都合上、給付券の至月の翌月末（至月が3月の場合は4月10日）までに請求書、給付券とともにご提出くださいますよう、ご協力をお願いします。

（提出が遅れる場合は、障害福祉課・日常生活用具の担当者までご相談ください）

### 1. 宛名

利用者氏名で作成してください。（請求内訳書として使用する場合は大東市長）

### 2. 合計金額

納品した合計金額を記載してください。（補助限度額を上回っても結構です）

※ 請求内訳書として使用する場合は、別途利用者負担額および超過利用額を除いた後の請求金額も併記してください。

### 3. 記名欄

対外的にその事業者の代表権を有する方の名義（「代表取締役」や「店長」等）でお願いします。

### 4. 品名等

（紙おむつ、ストーマ用装具）

①納品日、②品名、③入数、④種目名、⑤単価、⑥数量、⑦単位、⑧金額、を必ず記載してください。

その際、本体価格と消費税額を分けて記載してください。

※ 入数の中の一部を分割して納品した場合（例：10枚入のうちの5枚等）、その旨がわかるように金額とともに記載してください。

※ 申込時の見積書に記載のなかった商品は、【追加商品】等と別記したり、マーキングしたりするなどして明示してください。

※ 納品日は、給付券に記載の決定日以降、給付券の期間内のみ可能です。

例：決定日が4月10日、給付券の期間が4月～9月の場合、納品日が4月9日以前

または10月以降の場合は認められません。

- ※ 給付券の期間が4月～9月であっても、期間内に給付資格を失った場合(転居、死亡等)は 給付資格を失った月分まで請求対象となります。(給付資格喪失日が6月1日なら **6月分まで請求可**)
- ※ 先行納品を行う際、給付券内の全期間分の納品を行った後に資格喪失が判明した場合、資格喪失月を超えた分の請求はお受けできませんのでご注意ください。

#### (その他用具)

①納品日、②品名(型番、規格等)、③用具種目、⑥単価、⑦金額、を必ず記載してください。

その際、本体価格と消費税額を分けて記載してください。

- ※ 納品日は、給付券に記載の決定日以降のみ受付可能です。

例：決定日が4月10日の給付券の場合、4月9日以前の納品は認められません。

- ※「**居宅生活動作補助用具**」をご利用される場合、改修される前と後の記録をご提出ください。

#### **5. 対象者情報**

①対象者の氏名、②対象者の住所、③給付券番号、用具名称(紙おむつ、蓄便袋、蓄尿袋等)を記載してください。

#### **6. 本人負担額、請求金額**

①合計納品額、②利用者負担額(1割負担額)、③限度額超過利用額、④市への請求額、を記載してください。

- ※ ④市への請求額は、請求書の額と一致していることを確認してください。

納品書（作成例）

令和 年 月 日

1  
 【利用者 氏名】 様  
 合計納品金額 ¥53,750-

3  
 株式会社 ○○○○○○  
 代表取締役 ○○ ○○  
 〒574-0000  
 大阪府大東市○○町○-○  
 TEL：(000) - 000 - 0000  
 FAX：(000) - 000 - 0000

納品日	品名	単価	数量	金額	消費税
令和○年○月 1 日	○○パウチ ワンピースタイプ	¥3,000	10	¥30,000	¥0
	10枚入(種目:蓄便袋)			(非課税)	
令和○年○月 1 日	○○リムーバー 液体タイプ	¥1,500	1	¥1,500	¥150
	○ml (種目:剥離剤)			(課税)	
令和○年△月 10 日	○○パウチ ワンピースタイプ	¥3,000	7	¥21,000	¥0
	10枚入(種目:蓄便袋)			(非課税)	
	【追加商品】				
令和○年○月 1 日	○○パウダー ○g	¥1,000	1	¥1,000	¥100
	(種目:皮膚保護剤)			(課税)	
				小計(本体価格)	¥53,500
				消費税(10%)	¥250
				合計	¥53,750
				利用者負担額	▲5,315
				超過利用額	▲602
				請求額	¥47,833

備考  
 氏名:○○ ○○様 給付券番号:○○○ 用具名:スチーム器具 蓄便袋  
 住所:大東市○○町○-○-○

請求書 (請求内訳書作成例)

1  
大東市長 宛  
合計納品金額 ¥53,750-  
請求金額 ¥47,833-

令和 年 月 日

3  
株式会社 ○○○○○○  
代表取締役 ○○ ○○  
〒574-0000  
大阪府大東市○○町○-○  
TEL : (000) - 000 - 0000  
FAX : (000) - 000 - 0000

2

4

内訳書					
納品日	品名	単価	数量	金額	消費税
令和○年○月1日	○○パウチ ワンピースタイプ	¥3,000	10	¥30,000	¥0
	10枚入(種目:蓄便袋)			(非課税)	
令和○年○月1日	○○リムーバー 液体タイプ	¥1,500	1	¥1,500	¥150
	○ml (種目:剥離剤)			(課税)	
令和○年△月10日	○○パウチ ワンピースタイプ	¥3,000	7	¥21,000	¥0
	10枚入(種目:蓄便袋)			(非課税)	
	【追加商品】				
令和○年○月1日	○○パウダー ○g	¥1,000	1	¥1,000	¥100
	(種目:皮膚保護剤)			(課税)	
				小計(本体価格)	¥53,500
				消費税(10%)	¥250
				合計	¥53,750
				利用者負担額	▲5,315
				超過利用額	▲602
				請求額	¥47,833
備考					
氏名:○○ ○○様 給付券番号:○○○ 用具名:スチーム装具 蓄便袋					
住所:大東市○○町○-○-○					

4※

5

6