

業者からの見積書

年 月 日

枚方市福祉事務所長 宛

紙オムツ・ストマ装具（日常生活用具）給付申請書の利用者にかかるストマ装具見積額は、以下のとおりです。

所在地 _____

業者名 _____

代表者名 _____ 代表者印

電話番号 _____

[単位：円]

品 名	数 量	金 額
(紙オムツ・蓄便袋・蓄尿袋) 令和 年 月・月分	2 か月分	
(紙オムツ・蓄便袋・蓄尿袋) 令和 年 月・月分	2 か月分	
(紙オムツ・蓄便袋・蓄尿袋) 令和 年 月・月分	2 か月分	

利用者住所 枚方市 _____

利用者氏名 _____

電話番号 _____

業者からの見積書

令和〇年〇月〇日

枚方市福祉事務所長 宛

見積書作成日を必ず記載する

紙オムツ・ストマ装具（日常生活用具）給付申請書の利用者にかかるストマ装具見積額は、以下のとおりです。

所在地 枚方市大垣内町2丁目1-20

業者名 〇〇会社 〇〇支店

代表者名 店長 枚方 太郎 代表者印

電話番号 ×××-××××

申請する用具名に〇をつける	数量	金額 [単位：円]
(紙オムツ・蓄便袋・蓄尿袋) 令和 年 4月・5月分	2 か月分	20,000 円
(紙オムツ・蓄便袋・蓄尿袋) 令和 年 6月・7月分	2 か月分	20,000 円
(紙オムツ・蓄便袋・蓄尿袋) 令和 年 8月・9月分	2 か月分	20,000 円
何年の分か必ず記載が必要		

利用者住所 枚方市〇〇町1-2-3

利用者氏名 大阪 次郎

電話番号 △△△-△△△△

用具利用者情報の記載が必要