

業者からの見積書

年 月 日

枚方市福祉事務所長 宛

紙オムツ等ストマ装具（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) 月・ 月分	2 か月分	
(紙オムツ・蓄便袋・蓄尿袋) 月・ 月分	2 か月分	
(紙オムツ・蓄便袋・蓄尿袋) 月・ 月分	2 か月分	

利用者住所 枚方市 _____

利用者氏名 _____

電話番号 _____