

見積書の作成例【継続品目 以外】

※ 指定の書式はありませんが、以下の項目を盛り込むようお願い致します。

宛名は、区長宛て(区名+長) でお願
いします。(例: 中区長)
「福祉保健センター長」や「制度対象者の
氏名」では、お受けできません。

作成日を記入してください。空欄ではお
受けできません。
区役所への提出日ではありません。その
見積書の作成日で結構です。

御見積書

令和 ○年 ○月 ○日

○○ 区 長

御見積金額 ¥110,000.-

用具にかかる金額を税込額で記載してください。区の給付
決定は、制度の定める基準額までとなります。基準額を超過
する額はご利用者負担となります。

住所: 横浜市中区○町○-○

件名: 障害日常生活用具(品目名)

○○○○○株式会社 (代表
代表取締役 ○○ ○○ 者印)

納品期日:
納品場所:
支払条件:
有効期限:

見積書の作成者は、対外的にその事業者の代表権を有する方の名
義でお願いします(「代表取締役」や「店長」等)。また、事業者名に加
え、役職名、代表者氏名を記載し、それに対応する代表者印又は店
長印を押印してください。社印のみでは、お受けできません。
上記による作成が難しい場合、事前に各区役所へご相談ください。

TEL: ×××(×××)××××
FAX: ×××(×××)××△△

品名	単価	数量	単位	金額
褥瘡予防マット ○○社製 △△△△	¥ 100,000	1	枚	¥ 100,000
<p>「品目名」だけでなく、「商品名」「型番」等、商品を特定する情報を記載してください。</p> <p>数量を記載してください。原則、1品目につき1個までの給付です。 ただし、 ・移動・移乗支援用具 ・入浴補助用具 ・体位変換器 ・聴覚障害者用屋内信号装置 ・情報・通信支援用具 ・視覚障害者用基本ソフト は、複数申請可能な場合があります。詳細は、事前に各区役所へご相談ください。</p> <p>本体価格と消費税額を、分けて記載してください。</p> <p>非課税の場合は、その旨を記載してください。</p>				
小計(本体価格)				¥ 100,000
消費税(10%)				¥ 10,000
合計				¥ 110,000

備考

① ○○ ○○様 ② ○○区○○町○番地
③ 横浜市の基準額を超えるため自己負担が発生します。
超過分の自己負担は、_____円です。

①制度対象者の氏名
②制度対象者の住所 を記載してください。
③自己負担額(必要に応じて任意) を記載してください。