（様式第１１号の２）

認定番号	

独立行政法人自動車事故対策機構
理 事 長　殿

申請者	住 所			
	氏 名		受給資格者との続柄	

介護用品購入費用等に係る自認書

利用者氏名	

記

令和　　年 月	〈費用内訳〉 介護用ベッド・介護用いす等・褥そう予防用具 吸引器等・特殊尿器・ﾊﾟﾙｽｵｷｼﾒｰﾀｰ・移動用リフト スロープ・ｽﾗｲﾃﾞｨﾝｸﾞﾎﾞｰﾄﾞ・ｽﾗｲﾃﾞｨﾝｸﾞｼｰﾄ 非接触体温計 （合計　　円）	自立支援給付又は日常生活用具の給付の利用の有無 有　・　無
令和　　年 月	〈費用内訳〉 介護用ベッド・介護用いす等・褥そう予防用具 吸引器等・特殊尿器・ﾊﾟﾙｽｵｷｼﾒｰﾀｰ・移動用リフト スロープ・ｽﾗｲﾃﾞｨﾝｸﾞﾎﾞｰﾄﾞ・ｽﾗｲﾃﾞｨﾝｸﾞｼｰﾄ 非接触体温計 （合計　　円）	自立支援給付又は日常生活用具の給付の利用の有無 有　・　無
令和　　年 月	〈費用内訳〉 介護用ベッド・介護用いす等・褥そう予防用具 吸引器等・特殊尿器・ﾊﾟﾙｽｵｷｼﾒｰﾀｰ・移動用リフト スロープ・ｽﾗｲﾃﾞｨﾝｸﾞﾎﾞｰﾄﾞ・ｽﾗｲﾃﾞｨﾝｸﾞｼｰﾄ 非接触体温計 （合計　　円）	自立支援給付又は日常生活用具の給付の利用の有無 有　・　無

※自立支援給付又は日常生活用具の給付は障害者総合支援法に基づく制度です。

上記記載内容は、事実に相違ありません。

令和　　年　　月　　日

（注１）一括払いのときは、①支払の事実を示す書類（銀行の振込金受取書、領収書など）
②購入品の内容を示す書類（カタログなど）③購入金額の内訳を示す書類を添付してください。
（注２）分割払いのときは、①支払の事実を示す書類（銀行の振込金受取書、領収書など）
②割賦回数等の購入条件を定めた契約書の写し ③購入品の内容を示す書類（カタログなど）
④購入金額の内訳を示す書類を添付してください。
（注３）障害者総合支援法に基づく自立支援給付又は日常生活用具の給付の利用の有無が不明な場合には、介護用品購入先事業者にご確認ください。

（日本産業規格Ａ列４番）