

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(消耗品)購入費用に係る自認書

利用者氏名	
-------	--

記

令和 年 月	〈費用内訳〉 紙オムツ 尿取りパッド 導尿カテーテル バルーンカテーテル 痰吸引用カテーテル コンドーム型カテーテル レッグバッグ ウロバッグ 滅菌ガーゼ 手袋 (使捨て用) 褥瘡用ドレッシング材 消毒液・除菌液 手指消毒・除菌剤 消毒・除菌用ウェットティッシュ 消毒・除菌ハントソープ 医療用マスク(不織布マスク)	合計 円
令和 年 月	〈費用内訳〉 紙オムツ 尿取りパッド 導尿カテーテル バルーンカテーテル 痰吸引用カテーテル コンドーム型カテーテル レッグバッグ ウロバッグ 滅菌ガーゼ 手袋 (使捨て用) 褥瘡用ドレッシング材 消毒液・除菌液 手指消毒・除菌剤 消毒・除菌用ウェットティッシュ 消毒・除菌ハントソープ 医療用マスク(不織布マスク)	合計 円
令和 年 月	〈費用内訳〉 紙オムツ 尿取りパッド 導尿カテーテル バルーンカテーテル 痰吸引用カテーテル コンドーム型カテーテル レッグバッグ ウロバッグ 滅菌ガーゼ 手袋 (使捨て用) 褥瘡用ドレッシング材 消毒液・除菌液 手指消毒・除菌剤 消毒・除菌用ウェットティッシュ 消毒・除菌ハントソープ 医療用マスク(不織布マスク)	合計 円

※消耗品の購入に係る明細は、附票に記載してください。

上記記載内容は、事実と相違ありません。

令和 年 月 日

(注 1) 申請者又は受給資格者あての領収書の添付が必要です。

(注 2) 当該領収書には、購入した消耗品の種類 (紙オムツ、尿とりパッド、導尿カテーテル、バルーンカテーテル、痰吸引用カテーテル、コンドーム型カテーテル、レッグバッグ、ウロバッグ、滅菌ガーゼ、手袋 (使い捨て用))、褥瘡用ドレッシング剤、消毒液・除菌液、手指消毒・除菌剤、消毒・除菌用ウェットティッシュ、消毒・除菌ハントソープ[®]及び医療用マスク(不織布マスク)の別が明記され、販売店の名称が記載され、かつ、社印が押印されていることが必要です。

(日本産業規格 A 列 4 番)

【令和 年 月】（購入月ごとにご記入ください。）

紙オムツ

メーカー名	商品名	数量（枚入り×個）	購入金額
		枚× 個	円
		枚× 個	円
		枚× 個	円
		枚× 個	円
小 計 (a)			円

尿取りパッド

メーカー名	商品名	数量（枚入り×個）	購入金額
		枚× 個	円
		枚× 個	円
		枚× 個	円
小 計 (b)			円

カテーテル：痰吸引用・導尿・バルーン・コンドーム型

メーカー名	商品名	数量（個入り×箱）	購入金額
		個× 箱	円
		個× 箱	円
		個× 箱	円
小 計 (c)			円

レッグバッグ・ウロバッグ

メーカー名	商品名	数量（個入り×箱）	購入金額
		個× 箱	円
		個× 箱	円
		個× 箱	円
小 計 (d)			円

滅菌ガーゼ・手袋（使い捨て用）・褥瘡用ドレッシング材

メーカー名	商品名	数量（枚入り×箱）	購入金額
		枚× 箱	円
		枚× 箱	円
		枚× 箱	円
小 計 (e)			円

【令和 年 月】 (購入月ごとにご記入ください。)

消毒液・除菌液

メーカー名	商品名	数量 (ml(容量)×本)	購入金額
		ml× 本	円
		ml× 本	円
		ml× 本	円
小 計 (f)			円

手指消毒・除菌剤

メーカー名	商品名	数量 (ml×本)	購入金額
		ml× 本	円
		ml× 本	円
		ml× 本	円
小 計 (g)			円

消毒・除菌用ウェットティッシュ

メーカー名	商品名	数量 (枚入り×個)	購入金額
		枚× 個	円
		枚× 個	円
		枚× 個	円
小 計 (h)			円

消毒・除菌ハンドソープ

メーカー名	商品名	数量 (ml×本) 又は (個)	購入金額
		ml× 本	円
		ml× 本	円
		個	円
		個	円
小 計 (i)			円

医療用マスク (不織布マスク)

メーカー名	商品名	数量 (枚入り×箱)	購入金額
		枚× 箱	円
		枚× 箱	円
		枚× 箱	円
小 計 (j)			円

合 計

合 計 (a)+(b)+(c)+(d)+(e)+(f)+(g)+(h)+(i)+(j)	円
---	---