（様式第１１号の３）

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・除菌ﾊﾝﾄﾞｿｰﾌﾟ 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・除菌ﾊﾝﾄﾞｿｰﾌﾟ 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・除菌ﾊﾝﾄﾞｿｰﾌﾟ 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、事実に相違ありません。

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・除菌ﾊﾝﾄﾞｿｰﾌﾟ及び医療用ﾏｽｸ（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）

【附票】その１　　（様式第１１号の３）

【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

（日本産業規格Ａ列４番）

【附票】その２　　（様式第１１号の３）

【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

（日本産業規格Ａ列４番）