

大洲市家族介護用品購入明細書
(年 月分)

品名 (商品名)	数量	単位	単価	金額
紙おむつ ※1 ()				
使い捨て手袋 ()				
清拭剤 ()				
ドライシャンプー ()				
()				
()				
()				
()				
購入金額計				
購入日 年 月 日 電話番号 購入店名 代表者(担当者)氏名 (印)				
介護者氏名 (印)				

※1 紙おむつの種類は、フラットタイプ・テープ止めタイプ・パンツタイプ・尿とりパッドとする。

※2 この明細書は、購入店が発行した購入内訳等(購入日・購入者・購入店名・品名・数量・単価・金額)の分かる領収書等があれば不要とする。