

入 札 書

(宛先) 秋 田 市 長

事業者名  
代表者名  
代 理 人

印

秋田市家族介護用品支給事業に係る介護用品単価を、下記の金額をもって入札いたします。

(単位:円)

種 類	品 名	単 価	年間見込数量	単価 × 年間見込数量
紙おむつ①				
紙おむつ②				
紙おむつ③				
紙おむつ④				
紙おむつフラット				
パンツタイプおむつ①				
パンツタイプおむつ②				
パンツタイプおむつ③				
パンツタイプおむつ④				
尿取りパッド①				
尿取りパッド②				
尿取りパッド③				
尿取りパッド④				
清拭剤①				
清拭剤②				
ドライシャンプー				
使い捨て手袋				
※事業者名は、 <u>特定福祉用具販売事業者</u> として指定された事業者名を記入してください。 ※単価は、配達料を含み、消費税込みの金額です。 ※代表者が参加できない場合は、委任状が必要です。			合計	