

様式第3号（第5条関係）

介護保険福祉用具購入費請求書

介護保険福祉用具購入費（受領委任払い）として、下記のとおり請求いたします。

令和 年 月 日

鳩山町長 あて

請求者 所在地
事業者名称
代表者氏名 印
電話番号

請求金額				円								
被保険者氏名		被保険者番号										
販売額		被保険者負担額 (1割)	保険給付額 (9割)									
円		円	円 ※1円未満切捨て									

※利用限度額は、10万円（請求金額は9万円、8万円又は7万円）までです。