介護保険居宅介護（介護予防）特定福祉用具購入費請求書

年　　月　　日

名護市長　様

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録事業者 | 登録番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住　　所 |  | | | | | | | | | |
| 名　　称 |  | | | | | | | | | |
| 代表者名 | 印 | | | | | | | | | |

介護保険居宅介護（介護予防）特定福祉用具購入費（受領委任払い）として、次のとおり請求します。

なお、支払についてはあらかじめ届け出ている預金口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求合計金額 | 百 | 拾 | 万 | 千 | 百 | 拾 | 壱 |
|  |  |  |  |  |  |  |

**※金額は右詰めで、金額の前には必ず￥印を記入して下さい。**

請求明細

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 番号 | 承認番号 | 被保険者番号 | 被保険者名 | 対象経費 | 給付（請求）額 |
| １ |  |  |  |  |  |
| ２ |  |  |  |  |  |
| ３ |  |  |  |  |  |
| ４ |  |  |  |  |  |
| ５ |  |  |  |  |  |
| 計 | | | |  |  |

**※金額は右詰めで、金額の前には必ず￥印を記入して下さい。**