

記入例

平成 25年 10月 1日

介護保険福祉用具販売に係る費用額明細書兼確認書

被保険者 市川 太郎 様

福祉用具販売事業者名 (株) 福祉用具販売
〒 272-0192
所在地(住所) 市川市末広1-1-31
電話番号 047-334-1111

代表者氏名 福祉用具 花子

取扱福株
締売社式
役代用会
印表具社

福祉用具販売額

内 訳

支給限度基準額の残額	100,000円		
商品名	販売金額	保険給付 (販売金額×0.9) ※小数点以下切捨て	自己負担分 (販売金額-保険給付)
○○○○○○	23,456円	21,110円	2,346円
△△△△△△△	34,567円	31,110円	3,457円
	, 円	, 円	, 円
自己負担額の合計			① 5,803 円
上記以外の費用額			② , 円

※販売金額合計が支給限度基準額の残額
を超える場合は事前にご相談ください

領収書金額 (①+②) 5,803 円

【利用者確認欄】

- 当該福祉用具の利用目標、具体的な福祉用具の品目等を記載した特定福祉用具販売計画の交付及びその内容についての説明を受け、同意した上で、上記のとおり、購入しました。
※(ケアプランが作成されている場合)当該福祉用具の購入に際し、ケアマネージャーに相談の上、福祉用具の購入が必要なことを確認しました。

平成 25 年 10 月 1 日

確認者

被保険者氏名 市川 太郎

印

(本人が確認できない場合の)

代理人氏名 市川 一郎

印

(続柄・被保険者の 長男)