

令和 年 月 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 \_\_\_\_\_ 様

福祉用具販売事業者名 \_\_\_\_\_

〒 \_\_\_\_\_

所在地(住所) \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_ 印

福祉用具販売額

内 訳

支給限度基準額の残額	, 円	負担割合区分 (該当する区分に○)	1割・2割・3割
商品名	販売金額	保険給付 販売金額×0.9、0.8または0.7 ※小数点以下切捨て	自己負担分 (販売金額－保険給付)
	, 円	, 円	, 円
	, 円	, 円	, 円
	, 円	, 円	, 円
自己負担額の合計			① , 円
上記以外の費用額 販売金額の合計が支給限度基準額の残額を超える場合の費用額			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) \_\_\_\_\_ , 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。

令和 年 月 日

確認者 \_\_\_\_\_ 被保険者氏名 \_\_\_\_\_ 印

(本人が確認できない場合の) 代理人氏名 \_\_\_\_\_ 印

(続柄・被保険者の) \_\_\_\_\_ )