

特定(介護予防)福祉用具購入に係る購入費用確認書

| 福祉用具名 (種目名及び商品名) | 介護保険居宅介護(介護予防) 福祉用具購入費①+② | | 対象外費用③ (対象外及び保 険給付限度額を 超過した額) | 総購入費用額 (①+②+③) |
|---------------------|------------------------------|----------------|--|-------------------|
| | 介護保険 給付額① | 被保険者 自己負担額② | | |
| 種目名 商品名 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 種目名 商品名 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| 種目名 商品名 | 円 | 円 | 円 | 円 |

毛呂山町長 あて

上記のとおり購入したことを確認しました。

令和 年 月 日

確認者 住所
(被保険者) 氏名

電話番号

【事業者確認欄】

今回の特定(介護予防)福祉用具の購入費用は、上記のとおりです。

令和 年 月 日

確認者 所在地
(事業者) 名称
代表者氏名

印