

令和〇〇年〇〇月〇〇日

居宅介護福祉用具購入費等に係る確認書

被保険者 利用者氏名様

所在地 野田市野田 〇〇 番地
事業者名称 事業者名
代表者氏名 事業者代表者名 ㊟
電話番号 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

1割負担の利用者の場合

福祉用具購入額 内訳

商品名（上段） 製造会社名（中段） 購入年月日（下段）	販売金額（上段） 保険給付額（中段：小数点以下切捨て） 自己負担額（下段：販売金額－保険給付額）
シャワーチェア（型式等）	① 20,000円
〇〇株式会社	② 18,000円
令和元年5月1日	③ 2,000円
ホ－ド’ル化（型式等）	④ 52,704円
〇〇株式会社	⑤ 47,433円
令和元年5月1日	⑥ 5,271円
	⑦
	⑧
	⑨

購入金額合計 (①+④+⑦) 72,704円
保険給付額合計 (②+⑤+⑧) 65,433円
自己負担額合計 (③+⑥+⑨) 7,271円

《保険給付額（中段）9割》
52,704円×0.9=47,433.6円
小数点以下切捨=47,433円
《自己負担額（下段）1割》
52,704円－47,433円=5,271円

利用者確認欄

上記の内容で購入したことを確認しました。

令和〇〇年〇〇月〇〇日

確認者 被保険者氏名 利用者氏名 ㊟

(本人が確認できない場合の) 代理人氏名 ㊟

(続柄：被保険者の)