

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
平成28年11月1日	③ 2,000円
ホ-トル化 (型式等)	④ 52,704円
〇〇株式会社	⑤ 47,433円
平成28年11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》  
 $52,704 \text{円} \times 0.9 = 47,433.6 \text{円}$   
 小数点以下切捨 = 47,433円  
 《自己負担額 (下段) 1割》  
 $52,704 \text{円} - 47,433 \text{円} = 5,271 \text{円}$

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。

平成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 )