第４号様式（第６条第３項）

　　年　　月　　日

居宅介護福祉用具購入費等に係る確認書

　被保険者　　　　　　　　　　様

所在地

事業者名称

代表者氏名

電話番号

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） |
| 　 | 1. 円
 |
| 　 | 1. 円
 |
| 　　年　　月　　日 | 1. 円
 |
| 　 | 1. 円
 |
| 　 | 1. 円
 |
| 　　年　　月　　日 | 1. 円
 |
| 　 | 1. 円
 |
| 　 | 1. 円
 |
| 　　年　　月　　日 | 1. 円
 |

購入金額合計　　 （①＋④＋⑦）　　　　　　　　　　円

保険給付額合計　 （②＋⑤＋⑧）　　　　　　　　　　円

自己負担額合計 （③＋⑥＋⑨）　　　　　　　　　　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。

　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

　確認者　　　　　　　　　　　　被保険者氏名

　　（本人が確認できない場合の）代理人氏名

　　　　　　　　　　　　　　　（続柄：被保険者の　　　　　　　　　）