

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
	② 円
年 月 日	③ 円
	④ 円
	⑤ 円
年 月 日	⑥ 円
	⑦ 円
	⑧ 円
年 月 日	⑨ 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 )