様式第3号（第5条関係）

請求書

介護保険福祉用具購入費（受領委任払い）として、下記のとおり請求いたします。

年　　月　　日

久米南町長　あて

（請求者）　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　事業者名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　 　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 請求金額 | 円 | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 介護給付対象額 | | 被保険者負担額  (1割・2割・3割) | 保険給付額  (9割・8割・7割) | | | | | | | | | |
| 円 | | 円 | 円  ※１円未満切捨て | | | | | | | | | |