

当別町福祉用具購入費等請求書

年 月 日

当別町長 様

所在地
 事業者名
 代表者 印

下記の居宅要介護被保険者等から委任された当別町福祉用具購入費等の受領について、次により請求します。

居宅要介護被保険者等氏名								
給付の種類及び内容								
福祉用具購入費等の額		円						
居宅要介護被保険者等負担額		円 (保険給付対象費用100分の相当額)						
事業者請求額		円 (保険給付対象費用100分の相当額)						
上記に係る当別町福祉用具購入費等を下記口座に振り込んでください。								
振 込 先	銀 行 金 庫 組 合		本 店 支 店 出張所		普通預金 当座預金		口座番号	
	ふりがな							
口座名義人								