

請 求 書

介護保険福祉用具購入費(償還払い)として、下記のとおり請求いたします。

年 月 日

美咲町長 様

(請求者) 住 所 〒

氏 名

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	