

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

美咲町長 様

(請求者) 所在地
事業者名称
代表者氏名
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 ※1円未満切捨て	