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　〒

（被保険者）

　　　　　　　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 |