

「利用予定の支払い方法」 (様式 3)

※どちらかに○を

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費請求書

受領委任・償還

払い

請求日を記入 日

熊本市長 様

下記の被保険者の特定福祉用具購入について、給付額に相当する下記の金額を請求致します。
なお、熊本市から支払われる居宅介護(予防)福祉用具購入費の請求は、熊本市介護保険課長に委任します。

【請求者】

(個人の場合:氏名)

(事業者の場合:名称及び代表者名)

(株)〇〇社 代表取締役 ひごまる太郎

(住 所)

電話番号 (096) 328 - 0000

熊本市中央区〇〇〇〇

金融機関名	〇〇〇	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関コード	0	0	0	1			
支店名	本店	本店 支店 出張所	支店コード	1	0	1				
種 目	1 普通 2 当座 3 その他()									
口座番号	(数字を右づめで記入)			1	2	3	4	5	6	7
フリガナ	カ)マルマルシャ ダイヒョウトリシマリヤク ヒゴマルタロウ									
口座名義人	(株)〇〇社 代表取締役 ひごまる太郎									

下記の金額を請求いたします。

※ 頭に¥マークをつけてください。

金額	¥	万	千	百	拾	円	内訳別添のとおり
		2	2	6	8	0	

被保険者氏名 (熊本 花子) 被保険者番号 (0000001234)

A 利用可能額	100,000	円
B 購入額	25,200	円
C 自己負担額	2,520	円
D 自己負担総額	2,520	円
E 請求額	22,680	円