

「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

年 月 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
 (同課長に事故があるときは、同主幹)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)

(住 所)

電話番号 () -

金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合	金融機関コード				
支店名	本店 支店 出張所	支店コード				
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)					
フリガナ						
口座名義人						

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

被保険者氏名 () 被保険者番号 ()

A 利用可能額 _____ 円

B 購入額 _____ 円

C 自己負担額 _____ 円

D 自己負担総額 _____ 円

E 請求額 _____ 円