

介護保険福祉用具費に係る福祉用具購入費用額明細書兼確認書

春日部市長 あて

〇〇年 〇月 〇日

住 所 **春日部市柏壁△一△**
法人等名称 **〇〇福祉販売(株)**
(販売業者名)
代表者名 **介護 太郎**



介護保険福祉用具購入費における購入費用額及びその明細は次のとおりです。

総費用額 (総購入費) (A + B + C)	120,000 円
介護保険福祉用具購入費 (A + B) 100,000 円	介護保険給付額 (A) 90,000 円
	被保険者自己負担額 (B) 10,000 円
対象外費用額 (C) (対象外または保険給付限度額を超過した額)	20,000 円

<被保険者確認欄>
上記の金額で購入したことを確認しました。
被保険者氏名 **春日部 一**