

介護保険福祉用具販売費請求書（受領委任払い用）

年 月 日

函 南 町 長 様

請求者 住 所  
 事業者名  
 代表者名 印

下記のとおり福祉用具を販売したので、当該福祉用具購入費を請求します。

| 被保険者番号 | 被保険者名 | 購入費用総額 | 請求額（支給決定額） |
|--------|-------|--------|------------|
|        |       |        |            |

口座振込先

| 銀行<br>信用金庫<br>農 協 | 本店<br>支 店<br>出張所 | 種 別 | 口 座 番 号    |  |  |  |  |  |  |
|-------------------|------------------|-----|------------|--|--|--|--|--|--|
| 金融機関コード           | 店舗コード            |     | 普 通<br>当 座 |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ              |                  |     |            |  |  |  |  |  |  |
| 口座名義人             |                  |     |            |  |  |  |  |  |  |