

介護保険福祉用具購入費に係る購入費用額明細書兼確認書

年 月 日

住所

事業所名

代表者名

今回の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。

(税込)

購入費用額	
介護保険給付額	(A) ※小数点以下切捨て
被保険者自己負担額	(B)
対象外費用額 (対象外または保険の限度額 を超過した額)	(C)

購入費用額 = (A) + (B) + (C)

領収書の金額 = (B) + (C)

<利用者確認欄>

上記の内容で確認しました。

被保険者

<記入例>

介護保険福祉用具購入費に係る購入費用額明細書兼確認書

住所 ○○年 ○○月 ○○日
川口市 ○○丁目○○番○○号

事業所名 ○○○○

代表者名 役職名 ○○ ○○○

今回の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。

※負担割合が1割のかたの場合

(税込)

購入費用額	28,349円
介護保険給付額	(A) 13,182円 (ポータブルトイレ) 12,331円 (シャワーベンチ)
被保険者自己負担額	(B) 1,465円 (ポータブルトイレ) 1,371円 (シャワーベンチ)
対象外費用額 (対象外または保険の限度額 を超過した額)	(C)

購入費用額 = (A) + (B) + (C)

領収書の金額 = (B) + (C)

<利用者確認欄>

上記の内容で確認しました。

被保険者 ○○ ○○○