

受領委任払い(福祉用具購入・住宅改修)に係る購入費用額明細書

〇〇年 △月 □□日

香取市長 宇井成一様

受領受任者(登録事業者)の住所・名称・代表者名等の記入および社判を押印してください

所 香取市羽根川38

事業者名 福祉ショップ●●

代表者名 代表取締役 小見川 花子

代表者印

今回の(福祉用具購入・住宅改修)に係る費用総額及び内訳は、次の通りです。

被保険者の情報を記入してください

被保険者番号		9999999999		
被保険者氏名		香取 太郎		
品名 (住宅改修の場合は空欄)	【A】改修費用額・福祉用具販売金額	【B】対象外経費	給付対象額(【A】-【B】)	
	説明		【C】介護保険給付額	【D】被保険者自己負担額
	福祉用具購入・住宅改修に係る費用総額(消費税込)	【A】のうち、介護保険給付対象外経費及び給付限度額を超える額	$【A】-【B】 \times 0.9、0.8$ 又は $0.7$ (小数点以下切り捨て)	$【A】-【B】-【C】$
腰掛便座A型 KIG-010	15,000 円	0 円	13,500 円	1,500 円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
	円	円	円	円
			円	円
合計	15,000 円	0 円	13,500 円	1,500 円

この欄の金額(九割、八割又は七割分)が、受領委任者へ支払われ