

年 月 日

福祉用具購入に係る総費用額明細書兼確認書

(宛先) 津 島 市 長

住所 〒

事業者名称

代表者氏名

印

福祉用具購入費の内容については次のとおりです。

総費用額

円 (税込)

介護保険福祉用具購入費対象分

円 (税込)

上記のうち

介護保険給付相当分（申請及び受領の委任分）

円 (税込)

被保険者自己負担分

円 (税込)

<被保険者確認欄>

上記の内容で福祉用具を購入したことを確認します。

氏名

印