

# 請求書

年 月 日

(あて先) 大田区長

(代理受領者・請求者)

住所

指定事業者名

代表者肩書・氏名

印

電話

金 円

(被保険者名) の申請による**福祉用具購入費**として、  
上記の金額を請求します。(下記Cの金額)

## <内容>含む消費税

種別	金額
A 購入金額合計	円
B 介護保険対象分 (10万) ≥	円
C Bのうち保険給付額 (小数点以下切捨て)	円
D 自己負担額	円

注意 購入歴がある方の場合には残限度額を基に計算すること。

# 記入例

# 請求書

日付は記入しないで  
ください

年 月 日

(あて先) 大田区長

(代理受領者・請求者)

住所 **大田区蒲田〇丁目〇番〇号**

代表者氏名は訂正  
できません

指定事業者名 (株) 〇〇店

代表者肩書・氏名

代表取締役 〇山 〇男 印

請求金額は訂正  
できません

電話 **37×× - ××△△**

金 90,000 円

(被保険者名) **大田 △子 様** の申請による福祉用具購入費として、  
上記の金額を請求します。(下記Cの金額)

捨印を忘れずに  
押印してください

捨印

総合計をご記入ください

<内容

負担割合証を確認の上、正しい給付  
額を計算して記入してください

金額

合計が10万円(限度額)を超  
えていれば  
10万円と記入してください

内容	金額
A 購入金額合計	120,000 円
B 介護保険対象部分 (10% ≧)	100,000 円
C Bのうち保険給付額 (小数点以下切捨て)	90,000 円
D 自己負担額	30,000 円

注意 購入歴がある方の場合には残限度額を基に計算すること。