

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入に係る証明書

フリガナ			保険者番号				0	9	2	0	5	6
被保険者名 氏名			被保険者番号									
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女						
住所	〒				電話番号	()						
福祉用具名			販売価格									
商品名	製造事業者名		受領額	販売日								
			受領委任払額（市への請求額）									
			円	平成 年 月 日								
			円									
			円									
			円	平成 年 月 日								
			円									
			円									
			円	平成 年 月 日								
			円									
			円									
<p>鹿沼市長宛</p> <p style="margin-left: 40px;">上記のとおり販売いたしました。</p> <p>平成 年 月 日</p>												
販売業者	所在地	〒										
	業者名	電話番号 ()										
	代表者名	(印)										