

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	製造事業者名	販売価格	販売日						
商品名		受領額							
		受領委任払額（市への請求額）							
		円	年 月 日						
		円							
		円							
		円	年 月 日						
		円							
		円							
		円	年 月 日						
		円							
		円							
鹿沼市長宛 上記のとおり販売いたしました。 年 月 日									
販売業者	所在地	〒							
	業者名	電話番号 ()							
	代表者名	印							