様式第３号（第４条関係）

特定（介護予防）福祉用具購入に係る購入費用確認書

年　　月　　日

　坂戸市長　あて

確認者　　住　所

（被保険者）　氏　名

　次の内容で購入したことを確認しました。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 総購入費用額（Ａ＋Ｂ＋Ｃ） | | 円 |
| 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費（Ａ＋Ｂ） | 介護保険給付額（Ａ） | 円 |
| 被保険者自己負担額（Ｂ） | 円 |
| 対象外費用（対象外及び保険給付限度額を超過した額）（Ｃ） | | 円 |

【事業者記載欄】

今回の特定（介護予防）福祉用具の購入費用は、上記のとおりです。

所　在　地

名　　　称

代表者氏名