

特定福祉用具販売証明書

年 月 日

藤井寺市長 様

事業所 住所

名称

代表者

印

介護保険事業所番号

下記のとおり特定福祉用具を販売しましたことを証明いたします。

記

○被保険者氏名

○被保険者住所

○被保険者番号

○福祉用具名

○商品名

○製造事業者名

○購入金額

○負担区分 1割 2割 3割

○購入年月日 年 月 日

○介護保険給付費の受領方法 受領委任払い 償還払い

○商品選定者 介護支援専門員
福祉用具専門相談員
その他

○福祉用具が必要な理由