

様式第3号(第4条関係)

請 求 書

東松山市介護保険福祉用具購入費(受領委任払い)として、以下のとおり請求いたします。

年 月 日

東松山市長 宛て

請求者 住 所
事業者名称
代表者氏名

請求金額			
被保険者氏名		被保険者番号	
支給残額	販売額	本人負担額	保険給付額
円	円	円	円

※利用限度額は、同一年度で10万円です。