

年 月 日

受領委任払い制度による事業者受領額内訳(福祉用具)

サービス提供月   月分

No.	利用者氏名	要介護度	負担割合	購入日 (領収証の日付)	購入品目	商品名	保険対象分 ( )	利用者負担額 ( )	事業者受領額 ( - )
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
合計							円	円	円

**注意事項**

要介護度及び負担割合は、「介護保険被保険者証」及び「介護保険負担割合証」にて必ず確認し、記載してください。

代表者印の押印の必要はありません。

一人の被保険者に対して複数の福祉用具の販売を行った場合は、福祉用具ごとに記載してください。

サービス提供月(領収証の日付の属する月)の翌月の10日までに提出してください。(特段の理由がなく提出が遅れることが頻繁にある場合は、受領委任払い登録事業者の登録を抹消します。)

法人名

---

法人住所

---

事業所名

---

事業所住所

---

法人代表者職氏名

---

法人名と事業所名、法人住所と事業所住所が同一の場合は、「事業所名」及び「事業所住所」の記載は省略できます。