

介護保険特定福祉用具販売に係る請求書

年 月 日

墨田区長 あて

所在地

事業者名

代表者氏名

印

様（被保険者番号）

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

に対して、

特定福祉用具等を販売したので、下記の金額を請求します。

円

なお、上記の金額を下記の口座に振り込んでください。

口座振替依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 出張所		種 目	口座番号			
	金融機関コード		店舗コード		普通預金				
					当座預金				
					貯蓄預金				
	フリガナ								
	口座名義人								

注意 ・ この請求書に介護保険福祉用具購入費給付券を添付してください。