**介護保険　福祉用具購入費　請求書**

|  |  |
| --- | --- |
| 請 求 金 額 | 円 |
| 住 所 | 佐々町　　　　　　　免　　　　　　　番地 |
| 氏　名 |  |
| 支 払 方 法 | 口座振込　　　　　　　　　　銀行　　　　　　　　支店  （当座・普通）口座番号： |

　　上記のとおり　福祉用具購入費　を請求いたします。

　また、上記の口座へ　福祉用具購入費を振り込むことに同意します。

佐 々 町 長　様

　令和　　　　年　　　　月　　　　日

請 求 者 住　所

|  |
| --- |
|  |

　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　 　　　　印

|  |
| --- |
|  |

電 話 番 号

|  |
| --- |
|  |