第１号様式（第10条関係）

介護用品購入代金受領証明書

　　令和　　年　　月　　日

所 在 地　和泊町

事業所名

代表者名　　　　　　　　　㊞

次のとおり，介護用品の代金を受領したことを証明します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | 被保険者番号 | | | 5 | 3 | 3 |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | |  | | 要介護  状態区分 | | | 要介護　1・2・3・4・5 | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 明・大・昭　 年　 月　 日生 | | | | 性　別 | | | | 男・女 | | | | | | |
| 住所 | | 〒891-91　　　　和泊町 | | | | | | | | | | | | | | |
| 受領日 | | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 受領金額 | | 円 | | | | | | | | | | | | | | |
| 内　　　　　　　　容 | 介護用品の種類  （商品名） | | 単　　価 | | 数　　量 | | | 金　　額 | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | |  | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | |  | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | |  | | | | | | | | |
|  | |  | |  | | |  | | | | | | | | |
| 消費税 | | | | | | | 円 | | | | | | | | |
| 受領合計金額 | | | | | | | 円 | | | | | | | | |