様式第9号(第13条関係)

介護保険特別給付紙おむつ等購入費請求書

年　　月　　日

(宛先)山鹿市長

事業所名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地

〒

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL　(　　)

次のとおり、＿＿＿＿年　　月分の市負担分として、＿＿＿＿＿円を請求いたします。

No.	介護保険被保険者番号	被保険者氏名	自己負担	市負担	合計
1			円	円	円
2			円	円	円
3			円	円	円
4			円	円	円
5			円	円	円
6			円	円	円
7			円	円	円
8			円	円	円
9			円	円	円
10			円	円	円
		購入費合計	円	円	円

上記の金額には、消費税及び地方消費税を含んでいます。

※　各月の初日から末日までの1か月間を本請求に係る期間とし、当該月に実際に購入した額の1割及び支給限度額の超過分を自己負担、9割(支給の上限は6,000円)を市負担とする。

※　各月分の請求書は翌月の7日までに介護保険担当課まで提出してください。

様式第9号(第13条関係)

①
○4月から翌年2月については、月末か翌月の7日までの日を記入。
○3月分提出の際は3月31日付け。

介護保険特別給付紙おむつ

年　月　日

(宛先)山鹿市長

②振込講座情報を記入または押印

【例】
山鹿銀行　山鹿支店
普　　１２３４５６７
カ)ヤマガ

③本社住所、法人名を記入

事業所名
株式会社　山鹿
代表取締役　　山鹿　介護
所在地
〒861-0592
熊本県山鹿市山鹿987-3
TEL　(09680)-43-1180

次のとおり、令和4年4月分の市負担分として、④￥16,500　円を請求いたします。

No.	介護保険被保険者番号	被保険者氏名	自己負担	市負担	合計
1	0123456789	山鹿　長寿	667円	6,000円	6,667円
2	0123456781	山鹿　一郎	500円	4,500円	5,000円
3	0123456782	山鹿　二郎	1,500円	6,000円	7,500円
4					円
5			円	円	円
6			円	円	円
7					円
8					円
9			円	円	円
10			円	円	円
		購入費合計	2,667円	16,500円	20,167円

注)請求書は1人一行にまとめてご記入ください。

注)請求書が複数枚になるときも①～③は必須です。
2枚目以降様式のコピーも可能ですが、その際は、市負担額の合計を1枚目の請求欄(④)に記載してください。

上記の金額には、消費税及び地方消費税を含んでいます。

※　各月の初日から末日までの1か月間を本請求に係る期間とし、当該月に実際に購入した額の1割及び支給限度額の超過分を自己負担、9割(支給の上限は6,000円)を市負担とする。

※　各月分の請求書は翌月の7日までに介護保険担当課まで提出してください。