

様式第6号(第8条関係)

年 月 日

介護保険特別給付紙おむつ引換実績報告書兼請求書(年 月分)

店名 印

行方市介護保険特別給付紙おむつ等支給サービスに関する規則第8条の規定に基づき、実績を報告し、費用の請求をいたします。

番号	被保険者番号	対象者氏名	販売日	引換額	請求額
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
	人数		合計		

- ※ 引換額 サービス利用券を使用し、サービスと引き換えた額を記入
- ※ 請求額 サービス利用券利用限度額を超える場合は、利用限度額の90%の額を記入
サービス利用券利用限度額を超えない場合は、利用額の90%の額を記入