

(様式第 32-2 号)

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入に係る証明書

リガナ 被保険者氏名 (申請者)	保険者番号		092015	
	被保険者番号			
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男・女	
住所	〒 宇都宮市 電話番号：			
福祉用具名 (種目名・商品名)	製造(販売) 事業者名	金額	販売日	
		円	平成	年 月 日
		円	平成	年 月 日
		円	平成	年 月 日
		円	平成	年 月 日
		円	平成	年 月 日

上記のとおり販売いたしました。

平成 年 月 日

・所在地 〒 電話番号

・名称及び代表者氏名

印