

特定福祉用具販売証明書

年 月 日

事業者名
事業者番号
所在地
電話番号
代表者氏名

下記のとおり、特定福祉用具を販売したことを証明します。

記

購入者（利用者）氏名

購入者被保険者番号

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|
| ○ | ○ | ○ | ○ | | | | | | |
|---|---|---|---|--|--|--|--|--|--|

福祉用具専門相談員氏名

| 種目 | 品目・品番 | 製造事業者名 | 販売 年月日 | 販売価格 (税込) |
|----|-------|--------|-----------|--------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

上記の用具が必要な理由（※）

| |
|--|
| |
|--|

（※）は利用者がサービスを受けていない場合に福祉用具専門相談員が記入してください。