様式第2号(第4条関係)

彦根市おむつ等購入代金領収確認書

被保険者記入欄

フリガナ 被保険者氏名		介護保険 被保険者番号	
被保険者住所			

販売店記入欄

販売年月日	販売品目	数量	領収金額
年　月　日			円
年　月　日			円
年　月　日			円
年　月　日			円
年　月　日			円
年　月　日			円
年　月　日			円
年　月　日			円
年　月　日			円
年　月　日			円
年　月　日			円
年　月　日			円
年　月　日			円

年　月　日

上記金額を領収済みであることを確認します。

店　名　　㊞

販売店　所在地

電　話　　(　　)

【販売店様へ】上記確認書は、彦根市おむつ等購入費助成に使用するもので、これ以外には使用しません。紙おむつ、布おむつ、おむつカバー、失禁パンツおよびおむつカバーが対象となりますので、特に販売品目は、詳しくお書きください。