様式第５号

介護機器レンタル料金等支払明細書

レンタル対象介護機器名 （該当欄に金額を記入のこと）	あなたがレンタル契約によって支払った金額及び期間	
	支払金額（消費税を除く）	支 払 対 象 期 間
特　殊　ベ　ッ　ド	△△△△　　円	△ 年△ 月△ 日～ △ 年△ 月△ 日
車　椅　子	円	年　月　日～　年　月　日
歩　行　補　助　器	円	年　月　日～　年　月　日
移動用リフト	円	年　月　日～　年　月　日
床ずれ防止エアー発生調節器	円	年　月　日～　年　月　日
ポータブルトイレ	円	年　月　日～　年　月　日
シャワーチェアー	円	年　月　日～　年　月　日
モンキーバー	円	年　月　日～　年　月　日
サイドテーブル	円	年　月　日～　年　月　日
認知症老人徘徊感知機器	円	年　月　日～　年　月　日
小　　計	△△△△　　円	
レンタル対象機器を購入した場合の機器名	購入価格（消費税を除く）	納　品　年　月　日
	円	令和　年　月　日
	円	令和　年　月　日
	円	令和　年　月　日
小　　計	円	
レンタル対象外用品を購入した場合の用品名	購入価格（消費税を除く）	納　品　年　月　日
特殊ベッド用マットレス	円	令和　年　月　日
床ずれ防止エアーマットレス	円	令和　年　月　日
小　　計	円	
合　　計	△△△△　　円	

注）１．機器により支払対象期間が異なるものについては、別葉に作成すること。
２．数カ月分をまとめて請求する場合で、支払ったレンタル料金が月々同額でない場合は、当該月の全機器について別葉に作成のこと。
３．レンタル対象介護機器を購入しようとする場合は、医師、看護師等がその必要を認めた介護機器に限ること。
４．レンタル対象外用品の特殊ベッド用マットレス及び床ずれ防止エアーマットレスを購入した場合で助成対象となるのは、それぞれ特殊ベッド又は床ずれ防止エアー発生調節器を使用している場合に限ります。