石狩市介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費請求書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | フリガナ |  | 被保険者番号 |
|  | 被保険者氏名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 負担割合 | １割・２割・３割 |
|  | 福祉用具商品名 | 種類名 | 製造事業者名 | 販売事業者名 |
|  |  |  |  |  |
|  | 購入金額 | 購入日 | 被保険者負担額（保険対象費用額×0.1、0.2又は0.3） |
|  | 円 | 年　 月　 日 | 円（１円未満切り上げ） |
|  | 福祉用具が必要な理由 |  |
|  | 福祉用具商品名 | 種類名 | 製造事業者名 | 販売事業者名 |
|  |  |  |  |  |
|  | 購入金額 | 購入日 | 被保険者負担額（保険対象費用額×0.1、0.2又は0.3） |
|  | 円 | 年　 月　 日 | 円（１円未満切り上げ） |
|  | 福祉用具が必要な理由 |  |
| 印 | 　石狩市長　様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日　　上記内容の居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を請求します。 |
|  | 請求者 | （住所） | 〒 |
|  | （氏名） | 印  | 電話 | （　　 ）　 ― |
|  |
|  |  | 決定年月日 |  |
|  |  | 平成　　年　　月　　日 |  |
|  | 申請済額 | 円 |  |
|  | 今回申請額 | 円 |  |
|  | 今回支給決定額 | 円 |  |