

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										
被保険者氏名	被保険者番号									
	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										
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		() —			

印

	決定年月日
	年 月 日
申請済額	円
今回申請額	円
今回支給決定額	円