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 | | | | | |  | | | | | | | | | |