

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（受領委任払用）

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													
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 (委任を受けた事業者)	(住所)	〒											
	事業者名称及び代表者名	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