

福祉用具購入費・住宅改修費 請求書

(受領委任払い用)

請求金額	円		
受給者氏名		被保険者番号	
介護サービス種類	住宅改修・福祉用具	改修額・販売額	円
本人負担額 (1割・2割・3割)	円	保険給付額 (7割・8割・9割)	円

※ 利用限度額は、福祉用具購入費が10万円（請求金額は9万円）、住宅改修費が20万円（請求金額は18万円）までです。

※ 介護サービス種類、本人負担額の1割・2割・3割及び保険給付額の7割・8割・9割に○を付けてください。

介護保険サービスに係る給付金として上記金額を請求します。

令和 年 月 日

加須市長 様

請求者									
事業者番号									
住所	〒								
事業所名 代表者名	印								
電話	— —								