

福祉用具購入費・住宅改修費 請求書

(償還払い用)

令和 年 月 日

加須市長 様

請求者 住所
氏名 印

介護保険サービスに係る給付金として、下記のとおり請求いたします。

請求金額	円		
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。