

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費請求書

豊田市長 様

事業者番号
所在地
事業者名
代表者

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費について、次のとおり請求します。

被保険者番号		生年月日	明・大・昭 年 月 日
被保険者氏名		負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割
①今年度給付対象負担累計額 円		②今年度支給済累計額 円	
③購入金額 円		④支給対象金額 円	
		⑤支給対象外金額 円	
⑥保険請求額（事業所請求額） 円		⑦利用者自己負担額 円	

備考 2品目以上購入の時は、品目ごとの用具名及び購入金額を記入してください。

- ※① 金額が10万円の場合は、今年度分は満額支給済みですので今回の請求はできません。
- ※①・②の金額が不明の場合は、介護保険課までお問い合わせください。
- ※④ $① + ④ \leq 10$ 万円
- ※⑤ $⑤ = ③ - ④$
- ※⑥ $⑥ = ④ \times 0.9、0.8$ 又は 0.7 （いずれも1円未満切り捨て）
ただし、2品目以上購入の時は、品目ごとに計算した額の合計
- ※⑦ $⑦ = ③ - ⑥$