**介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入　残額照会書**

私は、介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の残額について照会します。

年　　　　月　　　日

**被保険者**

被保険者番号

住所

氏名

生年月日　　　　　　年　　　月　　　日

市記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 福祉用具購入費残額（受付日の年度） | 市確認 | 受付印 |
| 円 |  |  |
| 福祉用具購入記録（1回目）  　　　　年　　　月　　　日　　支給対象額　　　　　　　　　円  購入品目 | |
| 福祉用具購入記録（２回目）  　　　　年　　　月　　　日　　支給対象額　　　　　　　　　円  購入品目 | |  |
| 福祉用具購入記録（３回目）  　　　　年　　　月　　　日　　支給対象額　　　　　　　　　円  購入品目 | |

注：被保険者本人以外が手続きを行う場合、

委任状の提出及び手続きを行う方の身分証明書の提示が必要です。