

## 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。