

様式第 2 号

介護保険サービス利用費
請 求 書

福岡県介護保険広域連合長 様

| | | | | | | | | | | |
|---|-----------------------------------|--|--|--|--|-----------------------------|--|--|--|--|
| 被 保 険 者 番 号 | | | | | | | | | | |
| 介護保険サービスを 受けた被保険者の 住 所 氏 名 | 住 所 | | | | | | | | | |
| | 氏 名 | | | | | | | | | |
| 介護保険サービス 利 用 期 間 | 年 月 日から 年 月 日まで 日間 | | | | | | | | | |
| 介護保険に係る 請 求 金 額 | サービス利用合計金額 (A) | | | | | サービス利用請求額 (B):{ (A)× 0.9} | | | | |
| | 円 | | | | | 円 (端数切捨) | | | | |
| 介護保険サービスの の 種 別 及 び 利 用 費 自 己 負 担 額 | 介護保険サービスの種別 | | | | | 利用者負担額 { (A) - (B) } | | | | |
| | ・ 福祉用具購入費 ・ 住宅改修費 ・ 高額サービス費 | | | | | 円 | | | | |

上記のとおり請求します。ただし、この請求額が介護報酬支払い決定額と異なる場合は、
介護報酬支払決定額とします。

年 月 日
介護保険サービス取扱機関 所在地
名 称
代表者

印

| | | | | | | | | | |
|--|-------------|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 自己負担上限額 ・ 市町村民税世帯非課税かつ老齢福祉年 金受給者（生活保護受給世帯を含む） 1 5 , 0 0 0 円 ・ 市町村民税世帯非課税者 2 4 , 6 0 0 円 | 振 込 先 銀 行 等 | 銀行・金庫 本・支店 組合・農協 支所 | | | | | | | |
| | 口 座 番 号 | 普通 当座 | | | | | | | |
| | 口座名義カナ | | | | | | | | |

（注） この請求書は、介護保険サービス利用資金貸付金の借入希望者に必要なもので
す。
サービス利用請求額は、保険給付の対象となるもののみについて記入して下
さい。