

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書(償還払い)

フリガナ		保険者番号	4 0 3 4 9 3
被保険者氏名		被保険者番号	3 4 9 0
生年月日	明・大・昭 年 月 日	被保険者区分	1号 ・ 2号
要介護度	有効期間: . . ~ . .	負担割合	: 割
住所	〒811-23 <input type="text"/> <input type="text"/> 粕屋町 電話番号 ()	現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入所(入院)中
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名	購入金額	購入年月日
①		円	年 月 日
②		円	年 月 日
③		円	年 月 日
福祉用具が必要な理由			
福祉用具購入費合計	円	申請基準額 (上限額 10万円)	支給対象残() 円
本人負担額 ※記載不要	円 (領収日:)	支給額 ※記載不要	円
粕屋町長 殿 年 月 日			
上記のとおり関係書類を添えて、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 なお、上記申請に基づく福祉用具購入費支給額の請求について、右記の者へ委任します。			
申請者(被保険者ご本人) 兼委任者 氏名	販売事業者 兼受任者	事業所番号 <input type="text"/>	※受任者は指定を受けた特定福祉用具販売事業者であること
	住所		
	名称		
	(電話番号 :)		
	(担当者氏名 :)		
※自筆署名の場合押印不要			

本人口座への振込を希望する。(下記の振込依頼欄にご記入ください) ※本人以外の口座を希望する場合は委任状に記入してください。

口座振込 依頼欄		銀行・農協 金庫・組合	本店 支店	1 普通預金 2 当座預金	
	フリガナ				
	口座名義人				

本人の公金受取口座への振込を希望する。 ※公金受取口座を希望の場合は、個人番号の記入と、番号確認書類、身分証明書の添付をしてください。

個人番号

〈添付書類〉 パンフレット等(定価記載があるもの) 実際購入された福祉用具の写真 領収書原本
 番号確認・身分証明書類(公金受取口座希望の場合のみ) 委任状(申請者以外の口座へ振込を希望する場合)

【注意】 ※入所・入院している方は、退所・退院してから支給申請を行って下さい。
※福祉用具の写真(購入した日付入り)は、納品状況、そのパンフレット等との照合ができるよう撮影してください。

★粕屋町処理欄(伺書) 起案 年 月 日

上記申請の介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を支給してよろしいかお伺いします。

No.	課長	主幹・係長	係	決裁	年 月 日	(支給予定)
				入力	年 月 日	