

介護保険福祉用具購入費支給申請書

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

|   |                    |   |            |   |     |     |   |   |   |   |
|---|--------------------|---|------------|---|-----|-----|---|---|---|---|
| フリガナ  |                    |   | 保険者番号      |   | 4   | 6   | 2 | 1 | 7 | 6 |
| 被保険者氏名  |                    |   | 被保険者番号     |   |     |     |   |   |   |   |
| 生年月日  | 明・大・昭              | 年 | 月          | 日 | 性別  | 男・女 |   |   |   |   |
| 住所  | 〒 曾於市              |   | 電話番号<br>番地 |   |     |     |   |   |   |   |
| 福祉用具名<br>(種目名及び商品名)                                 | 製造事業者名及び<br>販売事業者名 |   | 購入金額       |   | 購入日 |     |   |   |   |   |
|   |                    |   | 円          |   | 平成  | 年   | 月 | 日 |   |   |
|   |                    |   | 円          |   | 平成  | 年   | 月 | 日 |   |   |
|   |                    |   | 円          |   | 平成  | 年   | 月 | 日 |   |   |
| 合計  |                    |   | 円          |   |     |     |   |   |   |   |
| 福祉用具が<br>必要な理由                                      | 事業所名称<br>介護支援専門員氏名 |   |            |   |     |     |   |   |   |   |
| 曾於市長 様<br>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。 |                    |   |            |   |     |     |   |   |   |   |
| 申請金額 _____ 円  |                    |   |            |   |     |     |   |   |   |   |
| 平成 年 月 日<br>住所 曾於市 番地                               |                    |   |            |   |     |     |   |   |   |   |
| 申請者 _____ 電話番号 _____<br>(被保険者) 氏名 印                 |                    |   |            |   |     |     |   |   |   |   |

注意・この申請書の裏面に、領収書及び福祉用具のパフレット等を添付して下さい。

・「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載して下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

・申請金額は、自己負担額もしくは100,000円の低い方の額の90%

|      |   |   |   |   |   |     |   |
|------|---|---|---|---|---|-----|---|
| 要介護度 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 支援1 | 2 |
|------|---|---|---|---|---|-----|---|

介護保険福祉用具購入費支給請求書

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給請求書

|   |             |        |  |   |   |   |   |   |   |
|---|-------------|--------|--|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ  | -----       | 保険者番号  |  | 4 | 6 | 2 | 1 | 7 | 6 |
| 被保険者氏名  |             | 被保険者番号 |  |   |   |   |   |   |   |
| 生年月日  | 明・大・昭 年 月 日 | 性別     |  | 男 | ・ | 女 |   |   |   |
| 住 所   | 〒 ー<br>曾於市  | 電話番号   |  |   |   |   |   |   |   |
| 曾於市長 様<br>下記のとおり居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。<br><br>請求金額 _____ 円<br>平成 年 月 日<br>住所 曾於市 番地<br>申請者 _____ 電話番号 _____<br>(被保険者) 氏名 _____ 印 |             |        |  |   |   |   |   |   |   |

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

|             |         |       |        |         |
|-------------|---------|-------|--------|---------|
| 口座振替<br>依頼欄 | 銀行      | 本店    | 種 目    | 口 座 番 号 |
|             | 信用金庫    | 支 店   |        |         |
|             | 農 協     | 支 所   | 1 普通預金 |         |
|             | 信用組合    | 出張所   | 2 当座預金 |         |
|             | 金融機関コード | 店舗コード | 3 その他  |         |
|             |         |       |        |         |
|             | フリガナ    | ----- |        |         |
|             | 口座名義人   |       |        |         |

委任状

私は、介護保険の給付に関し、給付費の（申請・請求・受領）の権限を下記の者に委任します。

委任者

住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

受任者

住所 \_\_\_\_\_ 氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_