

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）

フリガナ 被保険者氏名		保 険 者 番 号													
		被保険者番号													
		個人番号													
生 年 月 日	年 月 日	性 別		男 ・ 女											
住 所	〒 電話番号														
福 祉 用 具 名 (種目名及び商品名)															
製 造 業 者 名 及 び 販 売 業 者 名															
保 険 対 象 費 用 額 ①															
被保険者負担額 ② (①×0.1 (0.2)) ※1円未満切上げ															
保 険 支 給 額 ① - ②															
購 入 日	年 月 日			年 月 日											
福 祉 用 具 が 必 要 な 理 由															
大網白里市長 様 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。 また、この申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給申請及び受領に関する権限については、次の者に委任します。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 () (兼受領委任者) 氏名 印															
受任者の住所、事業者名、 代表者名及び口座振込先	〒 住所 事業者名 代表者名 電話番号 () 印														
	金 融 機 関					支店名									
	口 座 番 号					区 分	1 普通	2 当座							
	フリガナ 口座名義人														
	上記の申請については、介護保険法第44条第1項に規定する特定福祉用具に該当すること及び支給の申請手続が適正であることを確認します。 住所 事業者名 電話番号 () 居宅介護支援専門員氏名 印														

※大網白里市記入欄

保 険 対 象 額	支 給 決 定 額	備 考
円	円	

注意

- 1 この申請書には、領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。
- 2 「福祉用具が必要」欄については、個々の用具ごとに記載してください。
なお、欄内に記載が困難なときは、裏面に記載してください。
- 3 保険対象費用額に給付対象外経費が含まれているときは、保険支給額が減額されますのでご注意ください。