

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・受領委任)

フリガナ				被保険者番号				
被保険者氏名				個人番号				
生年月日	明 大 昭	年	月	日生				
被保険者住所	〒 三原市 町 番地							
	三原市 町 丁目 番 号							
				電話番号	()			
福祉用具名 (種目及び商品名)		製造事業者名及び 販売事業社名		購入金額 <small>対象となる用具のみ記入</small>		購入年月日		
1	(種目名)							
	(商品名)							
	(福祉用具が必要な理由)							
2	(種目名)							
	(商品名)							
	(福祉用具が必要な理由)							
<p>三原市長様 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。 年 月 日</p> <p>住所 三原市 町 番地 丁目 番 号</p> <p><u>被保険者氏名</u> 印 電話番号 ()</p> <p align="center">※本人が手書きをした場合は、押印不要です。</p>								

注意 ・指定を受けた事業者からの購入に限り、保険給付の対象となります。

・この申請書の裏面に、購入した福祉用具の内訳が明確な領収証及びパンフレット等を添付してください。

・「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ください。

なお、欄外に記載が困難な場合は裏面に記載してください。

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を次の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合		本店(所) 支店(所) 出張所		預金種目	口座番号				
					1.普通 2.当座 3.その他					
	郵便局	記号			番号					
		フリガナ								
		口座名義人氏名								

※被保険者氏名と口座名義人氏名が違う場合、記入してください。

委任状

住所 三原市 町 番地
 丁目 番 号

被保険者氏名 印

※本人が手書きをした場合は、押印不要です。

私の居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領を、上記の口座名義人に委任します。

(裏面)

関係書類記載欄(今回申請するもののみ記載してください。)

● 「福祉用具が必要な理由」等, 表面で記載ができなかった場合の記入欄

福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業社名	購入金額 <small>対象となる用具のみ記入</small>	購入日
3 (種目名) (商品名) (福祉用具が必要な理由)		円	年 月 日
4 (種目名) (商品名) (福祉用具が必要な理由)		円	年 月 日
5 (種目名) (商品名) (福祉用具が必要な理由)		円	年 月 日

● 関係書類の添付欄 ※この欄に添付できない場合には, A4版の白紙の任意様式にて添付してください。

- ・購入した福祉用具の領収証(内訳が明確なものに限る)
- ・購入した福祉用具が判るパンフレット等の書類
- ・その他

※三原市記入欄(※この欄は記入しないでください。)

関係書類確認欄		備考	
<input type="checkbox"/> 領収証		滞 納	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> 購入した福祉用具のパンフレット等の書類		口座登録	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
<input type="checkbox"/> その他		支払方法	<input type="checkbox"/> 口座 <input type="checkbox"/> 窓口
提出者確認欄		支給限度額等確認欄	
区 分	名前・居宅支援事業所名称	支給限度額	種 目 名
<input type="checkbox"/> 本人・家族	(名前)	(前回まで)	
<input type="checkbox"/> その他	(居宅介護支援事業所)	(今回)	