

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	192047						
被保険者名			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)	製造事業者名及び 販売事業者名		購入金額				購入日			
			円				年 月 日			
			円				年 月 日			
			円				年 月 日			
購入合計金額(税込)			円							
福祉用具が必要な理由										
都留市長 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。 振込先の口座名義人が申請者と異なる場合には、下記の口座名義人を代理人とし、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領に関する権限を委任します。□ 年 月 日 住所 _____ 申請者 _____ (被保険者) 氏名 _____ (印)										
口座振替 依頼欄	金融機関名	銀行・信金・信組 労金・農協						本店 支店		
	預金種別	普通・貯蓄・当座	口座番号							
	フリガナ									
	口座名義人									

- 注意
- ・ 領収書及び福祉用具のパン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ください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。
 - ・ 福祉用具販売事業所から購入したものに限ります。

【市記入欄】

添付書類	資格			支給額等				收受印	
<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書 <input type="checkbox"/> 福祉用具個別計画書 <input type="checkbox"/> パンフレット	<input type="checkbox"/> 介護度 <input type="checkbox"/> 認定日 <input type="checkbox"/> 認定期間			<input type="checkbox"/> 給付制限 <input type="checkbox"/> 負担割合 (1 割 ・ 2 割) <input type="checkbox"/> 利用者負担額 円 <input type="checkbox"/> 保険請求額 円					
処理	回 覧								
<input type="checkbox"/> システム入力 <input type="checkbox"/> 償還連絡票	課長	課長補佐	リーダー	担当				処理者	