

介護保険福祉用具購入費支給申請書兼請求書

被保険者番号										保険者番号	1	4	2	1	1	7
個人番号																
ふりがな										生 年 月 日						
被保険者氏名										月 日	年 月 日					
住 所																
	電話 ()															
介護・予防給付の種類	<input type="checkbox"/> 居宅介護福祉用具購入費							<input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具購入費								
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 (消費税込み)				購 入 日							
					円				年 月 日							
福祉用具が 必要な理由																
(宛先) 秦野市長 上記のとおり関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請・請求します。 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 電 話 ()																
※口座振替を希望される方は、次の欄に記入してください。																
振 込 先	金融機関名	銀 行・信 用 組 合 信用金庫・農業協同組合										本・支店 支 所				
		金融機関コード										店舗コード				
	預金の種類	1 普通預金	フリガナ													
		2 当座預金	通帳名義人													
	口座番号															
委任状	なお、上記の請求に係る金銭の受領を次の者に委任します。 受任者(口座名義人) 氏 名 委任者(被保険者) 氏 名 自署または記名・押印															

※申請書に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。
 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。

<input type="checkbox"/> 領収証 <input type="checkbox"/> パンフレット等 <input type="checkbox"/> ケアプラン	区分	<input type="checkbox"/> 承認する <input type="checkbox"/> 承認しない 理由 () 支給予定額 支 払 額 一部負担金 円 (-)	認定の有効期間 年 月 日 から 年 月 日	要介護度 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	負担割合 割 2号

※福祉用具が必要な理由を記載してください。

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 (消費税込み)	購入日
		円	年 月 日
		円	年 月 日
		円	年 月 日
		円	年 月 日

この申請について連絡がとれる方を記載してください。

<p>(連絡先)</p> <p>住 所</p> <p>氏 名</p> <p>電話 ()</p>
--