

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書兼請求書

市川市長 あて

申請日 年 月 日

次のとおり、関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請します。

フリガナ										
被保険者氏名	保険者番号				1	2	2	0	3	6
	被保険者番号									
	個人番号									
生年月日	昭和 年 月 日 生									
住所	〒 電話番号									
種目 (商品名の左に 該当番号を記入)	番号	商品名	購入金額(円) ※「¥」「円」不要			保険給付額				
		製造事業者名	購入年月日			自己負担額(1割・2割・3割)				
1.腰掛便座			年 月 日							
3.入浴補助用具			年 月 日							
4.簡易浴槽			年 月 日							
5.リフトつり具			年 月 日							
6.自動排せつ処理装置の交換可能部品			年 月 日							
7.排せつ予測支援機器			年 月 日							
登録販売事業者名及びコード										
保険給付額合計金額(請求額)	円									
福祉用具が必要な理由										

- 注意 ①介護保険の給付を受けるためには、福祉用具販売事業者の指定を受けた事業者から購入する必要がありますので、必ず、指定販売事業者であるかご確認ください。
 ②「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。
 ③番号及び商品名については、別紙注意事項を参照の上、ご記入ください。

口座振込 依頼欄	銀行・農協 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目	口座番号					
	金融機関コード	店舗コード	1普通預金 2当座預金 3その他						
	フリガナ 口座名義人								

※受領委任払いの場合、又は本人口座以外に振込みをご希望の場合は、下欄をご記入ください。

受任欄 (事業者等) 同意欄	福祉用具購入費の受領につきまして、下記受任者(事業者等)に委任いたします。 つきましては、上記口座への振込みをお願いいたします。		
	年 月 日		
	委任者(被保険者)住所 _____		
	委任者(被保険者)氏名 _____ 印 ※自署の場合は押印不要		
	受任者住所 _____		
受任者名 _____ 電話番号 _____ - _____			
代表者名 _____ 印 (※代表者名は委任受領委任払いの場合のみ記載)			

※以下は市記載欄ですので、記入の必要はありません。

申請書	領収書	パンフレット	受領年月日