

年 月 日

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請・請求書

償還払い  
受領委任払い

羽村市長 宛

次のとおり、関係書類を添えて介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請・請求します。

フリガナ	保険者番号		羽村市 1 3 2 2 7 4									
被保険者氏名 (申請者)	個人番号											
	被保険者番号											
	生年月日		明・大・昭 年 月 日									
住 所	〒205- 羽村市											
	電話番号											
要介護度	(要支援) 1・2 (要介護) 1・2・3・4・5					認定期間	～					
購 入 内 容	福祉用具の種目			商 品 名			製造事業者名			購入金額 <small>※税込金額で記入してください。</small>		
										円		
										円		
										円		
	購入金額合計									円		
福祉用具購入実績 (4月1日以降)	<input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> あ り (購入品目: )											
販売事業者名											事業者番号	
福祉用具が必要な理由	<input type="checkbox"/> 事前承認申請時に提出済み <input type="checkbox"/> 別紙 福祉用具サービス計画書(写し)のとおり											

添付書類 領収書(原本及び写し) 購入された福祉用具のパンフレット等の写し(償還払いの場合)  
福祉用具サービス計画書の写し(償還払いの場合) 事前承認通知書(受領委任払いの場合)

居宅介護(予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座 振替 依頼 欄	銀行 本店			種目	口座番号							
	信用金庫 支店											
	農業協同組合											
金融機関コード			店舗コード			1 普通 2 当座						
※ゆうちょ銀行で、支店名・口座番号が不明の場合、記号・番号をご記入ください。						フリガナ						
記号			番号			口座名義人						

委任状

(※被保険者以外の方が申請書を窓口で提出する場合にチェックを入れて申請者欄に記入・押印してください。)

続柄又は事業所名・氏名 を代理人と定め、支給申請手続きに関する権限を委任します。

(※被保険者の名義以外の口座に振込む場合にチェックを入れて申請者欄に記入・押印してください。)

口座名義人を受取人と定め、受領に関する権限を委任します。

申請者 住所  
(被保険者)

氏名



市記入欄

介護度	要支援 要介護	令和 年 月 日 CM: 有・無 ～ 令和 年 月 日			<input type="checkbox"/> 領収証 <input type="checkbox"/> 事前承認通知書 確認欄
受領委任払 契約事業者 の確認	有・無	介護保険料 滞納確認	有・無	対象福祉用具の 確認	
購入履歴 (4月1日以降)	有・無	過去の同一品目購入	有・無	支給決定 令和 年 月 日	
支給決定年月日	年度中保険対象購入費用額		利用限度残額 (100,000円-A)		
令和 年 月 日	円		円		
令和 年 月 日	円		円		
令和 年 月 日	円		円		
合計(A)	円		自己負担額 割		