

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）

フリガナ			保険者番号								
被保険者氏名			被保険者番号								
			個人番号								
生年月日	年 月 日		要介護度等								
認定有効期間	年 月 日		～		年 月 日						
住 所	〒 電話番号										
福祉用具名 (種目名及び商品名)	特定福祉用具販売 事業者指定番号	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額	購入日							
(TAISコード)			円	年 月 日							
(TAISコード)			円	年 月 日							
(TAISコード)			円	年 月 日							
福祉用具が 必要な理由											
羽村市長 宛 前のとおり、関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 〒 所在地 事業所番号 申請者 (受領委任事業所) 事業所名 電話番号 代表者氏名 上の事業所に居宅介護（予防）福祉用具購入費の請求及び受領を委任します。 被保険者氏名											

注意 ・この申請書の裏面に領収書、福祉用具のパ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、個々の福祉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。

給付費を以下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 農協 ()	本店 支店 ()	種 目	口 座 番 号							
	金融機関コード	店舗コード	1 普通 2 当座預金 3 その他 ()								
	ゆうちょ銀行	記号	番号								
	フリガナ										
	口座名義人										

市記入欄

介護度	要支援 要介護	年 月 日 CM: 有 ・ 無 ～ 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 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)		
年 月 日		円		円		
年 月 日		円		円		
年 月 日		円		円		
合計(A)		円		自己負担額 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		