

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、福祉用具のパン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					
	フリガナ						
	口座名義人						

市記入欄

介護度 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) 自己負担額	
年 月 日	円				円
年 月 日	円				円
年 月 日	円				円
合計(A)	円			<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	