

介護保険 居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			介護度	認定有効期間	. . . から . . . まで
被保険者氏名			被保険者番号		
			個人番号		
生年月日	年 月 日		性別	男 ・ 女	
住所	〒		電話番号		
特定福祉用具名 (種目名及び商品名)	指定販売事業者名及び 製造事業者名	購入金額	購入日		
		円	年 月 日		
		円	年 月 日		
		円	年 月 日		
糸魚川市長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 住所 申請者 氏名 電話番号					

注1 領収書及び当該特定福祉用具の概要を記載したパンフレットを添付してください。
 注2 特定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。

上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

委任状	※本人以外の口座に振り込む場合は、必ずご記入ください。 上記の給付費の受領を下記の者に委任します。				
	年 月 日 受任者 住所 _____ (口座名義人) 氏名 _____ 委任者 (被保険者本人) 氏名 _____				
口座振替 依頼欄	銀行 信用組合 協同組合 信用金庫 労働金庫	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				

※決定通知書送付先 (送付先を指定する場合に記入してください。)

住所	〒			
氏名	続柄	電話番号		

市記入欄

自己負担限度額	割負担	(上限 円)	年度利用実績	有 ・ 無
用具名	購入金額	円	支給決定金額	円
区分	1 一般 2 支払方法変更 3 給付額減額	保険料納付状況	未納 有・無	滞納 有・無

居宅介護支援事業所	
担 当 者 名	
(特定福祉用具が必要な理由)	
<p>※購入日現在での被保険者の状況について（いずれかに○印をしてください。）</p> <p>1 在 宅</p> <p>2 介護施設入所中（退所（予定）日 年 月 日）</p> <p>3 入 院 中（退院（予定）日 年 月 日）</p>	