

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

				<input type="checkbox"/> 償還 <input type="checkbox"/> 受領委任			
フリガナ				被保険者番号	0 0 0 0		
被保険者氏名				個人番号			
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	要支援()・要介護()		
福祉用具購入の品目	製造事業者名等	購入に要した費用		購入年月日			
				円			
				円			
				円			
				円			
販売事業者名				販売事業者番号			
福祉用具が必要な理由	-----						

	(記入者名)			(事業者名)			
	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員			<input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員		<input type="checkbox"/> その他()	
大分市長 殿							
上記のとおり居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を関係書類を添えて申請します。							
_____年 月 日							
申請者 (被保険者)	住所 氏名				電話番号 (続柄)	- -	
居宅介護(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。							
振込指定口座							
金融機関名		支店名		種目	口座番号		
銀行・金庫 組合・農協		本店・支店 出張所・支所		1.普通			
				2.当座			
金融機関コード		支店コード		3.その他			
フリガナ							
口座名義							
受領に関する委任	申請者と振込指定口座名義人が異なる場合は、この欄に記名してください。 本申請にかかる受領の権限を、上記の口座名義人に委任します。						
	申請者氏名 ○						

- 注意 ● この申請書に受領証と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、個々の用具ごとに記入してください。
 - 福祉用具が必要な理由は、居宅サービス計画の写しなど、添付資料により確認ができる場合は、記入は不要です。
 - 都道府県または市から指定を受けた特定福祉用具販売事業者から購入した福祉用具が対象となります。
 - 施設入所中・入院中に購入する場合は、市に相談してください。

	受付確認	入力確認
市確認欄		
被保証 割合 給付費 限度額 決定通知 委任状 通帳 その他()		