

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 被保険者氏名	-----					保険者番号					4	2	3	2	2	
						被保険者番号					3	2	2	0	0	
生年月日	明・大・昭 年 月 日					性別					男・女					
住 所	川棚町										電話番号					
要介護認定区分	要介護 1 2 3 4 5					経過的要介護					要支援 1 2					
福祉用具名 (種目名・商品名)			購入金額 (円)			購 入 日			販売事業所名 (事業所コード)							
						令和 年 月 日										
						令和 年 月 日										
						令和 年 月 日										
合 計						支 給 方 法			窓口払 ・ 口座払							
福祉用具が必要な理由																
居宅介護支援事業所 (担当ケアマネジャー)			ケアマネジャー；										印			
川棚町長 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。 令和 年 月 日 申請者 住 所 電話番号 氏 名 ④																
なお、上記申請に基づく福祉用具購入費の受領は下記の者に委任します。																
販売事業者 (受任者)	名 称											代表者 指 名		④		
	住 所															
	振込先 金融機関名	銀行・金庫・組合										本店・支店・出張所				
	種 類	普通 ・ 当座 ・ その他					(フリガナ)		()							
	口座番号						口座名義人									

注意 ・この申請書の裏面に、請求書及び領収書の写しを貼付けてください。 ・購入した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、別紙に記載してください。

保険者処理欄

支 給 制 限		今回購入費用査定額（10万円を限度）	A	円	支給・不支給 受付年月日
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (償還払・差止・給付率)	既に支給した福祉用具購入費の額 (円)の90/100の額	B		円	
既 支 給 種 目		支給限度基準額の残額 (10万円-B)	C	円	
<input type="checkbox"/> 無	保険給付対象額	D		円	
<input type="checkbox"/> 有 (種目 購入日)	AまたはCのいずれか低い額 支給決定額 (D× %)			円	