

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（償還払・受領委任払）

フリガナ								保険者番号	1	3	2	1	8	3
被保険者氏名								被保険者番号						
生年月日	年 月 日生													
住所	〒							電話番号						
福祉用具名 (種目名及び商品名)				製造事業者名及び 販売事業者名				購入金額			購入日			
								円			年 月 日			
								円			年 月 日			
								円			年 月 日			
福祉用具が 必要な理由														
<p>福生市長 あて 次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。 また、受領委任払においては、当該申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の申請及び受領に関する権限を次の受取人に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者氏名 (兼受領委任者)</p> <p>電話番号</p>														

注意・この申請書と領収証及び福祉用具のパフレット等を添付して下さい。

- ・「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

受取人	〒							住所						
								電話番号						
口座振込 依頼欄	銀行・農協 信用金庫 信用組合				本店 支店 出張所		種目	口座番号						
							1 普通預金							
							2 当座預金							
	フリガナ													
	口座名義人													

市記入欄（この欄は記入しないでください。）

添付資料確認		過去の給付状況等		上記申請について、次のとおり決定します。										
<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 購入費請求書 <input type="checkbox"/> 購入品のわかるもの (パンフレット等)		今年度の給付	有・無	決定額 円										
		給付費用額	円	事業所番号										
		限度費用残額	円	介護度	支1・支2・1・2・3・4・5									
入力日	担当			有効期間										
/		滞納の有無	有・無	支給日			決定日							