

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	受領委任 No.	捺印
----	-------------	----

フリガナ		保険者番号		1	1	3	4	1	5
被保険者氏名		被保険者番号							
要介護度	要支援1・2 / 要介護1・2・3・4・5	有効認定期間	平成 年 月 日 から平成 年 月 日 まで						
生年月日	明・大・昭 年 月 日	負担割合	1割・2割	性別	男・女				
住所	〒 電話番号								
福祉用具の種目 商品名		製造事業者名	販売価格(10割)			購入年月日			
			円			平成 年 月 日			
			円			平成 年 月 日			
			円			平成 年 月 日			
販売価格合計 (A)		円	同年度の対象残額 (B)			円			
基準額 (A)と(B)のうち少ない方の額 (C)		円	利用者負担額 (D) (実際に事業所に支払った額)			円			
(保険対象分)自己負担額 (C)×0.1又は0.2 ※端数切り上げ (E)		円	保険請求額 (C)-(E) (F)			円			
販売事業所名 (受領委任払い取扱登録販売所名)		電話番号 ()						滑川町 登録番号	
指定事業所番号		担当者: ()							
福祉用具が必要な理由									
<p>(あて先) 滑川町長 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。 平成 年 月 日 (被保険者) 〒 (代行者) 〒 住所 住所 氏名 事業者名等 電話番号 氏名 印 電話番号</p> <p>この申請に基づく居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給の受領について次の者に委任します。 平成 年 月 日 委任者(被保険者)氏名 印 委任状/承諾書 上記の者より委任された居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領を承諾します。 受任者 (口座名義人)住所 事業者名等 代表者 氏名 印 電話番号</p>									
口座振替 依頼欄	銀行・信金 労金・農協 漁協・信組	本店支店 出張所	種別	1 口座番号 2 債権者コード					
	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								

《注意》○添付書類 ・自己負担分の領収証(原本)
 ・パンフレット(コピー可。「商品名」「定価」「型番」「製造事業者名」が記載されているもの)
 ・特注品の場合は設計書、内訳書、完成品の写真等
 ○「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。枠内に記載が困難な場合は、適宜用紙を追加してご記載ください。

町 処 理 欄	<input type="checkbox"/> 領収書	保険料滞納 有・無	今年度給付実績	支給決定		
	<input type="checkbox"/> パンフレット	他サービス 有・無		決定日	年	月
	<input type="checkbox"/> 写真等(特注品)	種別 1号・2号		支払日	年	月
<input type="checkbox"/> 在宅	要支援()・要介護()		支給額	円		