

# 介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

償還払い用

（ 年 月分）

フリガナ			保険者番号	0 9 2 0 5 6						
被保険者名 氏名			被保険者番号							
			個人番号							
生年月日	明・大・昭	年 月 日	性別	男・女		負担割合	1割・2割・3割			
住所	〒			電話番号		( )				
福祉用具名	販売事業者名		購入金額		購入日					
製造事業者名	事業所番号									
			円		年 月 日					
			円		年 月 日					
			円		年 月 日					
福祉用具が必要な理由 (※1)										
記入者	事業所名				氏名	(印)				
鹿沼市長宛 上記のとおり、関係書類(※2)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 被保険者氏名 _____ (印)										
※3 口座名義人が被保険者と異なる場合は、裏面の委任状欄に必要事項を記入してください。										
支払方法	口座振替先	銀行		金融機関コード		-				
		信用金庫		本店 支店 支所	種別	1 普通		口座番号		
		信用組合				2 当座		フリガナ		
		労働金庫				口座名義人				
		農業協同組合								

※1 「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。

※2 保険者証、領収証(原本)及び福祉用具のパフレット等

保険者欄	添付書類等	受付	支給決定額（保険者負担額）	備考
	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> パフレット等 <input type="checkbox"/> 入院・入所中でないことの確認	月 日	円	

[裏面]

※3 口座名義人が被保険者と異なる場合のみ、下記の委任状欄に必要事項を記入してください。

## 委 任 状

(被保険者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

私は、福祉用具購入費の受領を下記の者に委任します。

(受任者)

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印

(被保険者からみた続柄： \_\_\_\_\_ )