

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

（令和 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 _____														
※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	種	1 普通		口座番号					
		信用組合					支店	別	2 当座		フリガナ			
労働金庫			支所						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 _____

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 _____

(被保険者からみた続柄： _____)