

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ		性別	個人番号																
被保険者氏名		男・女	保険者番号																
			被保険者番号																
生年月日	年 月 日生	要介護度	要支援( )・要介護( )																
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	
----------------	--

(あて先) 臼杵市長

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。

年 月 日

住所

申請者

氏名

電話番号

印

支払方法の種別 ※いずれかにチェック	償還払い (購入時に一旦全額負担した後、保険給付分の返還を受ける)	
	受領委任払い (購入時に自己負担分を支払い、保険給付分は市が直接業者に支払う)	

- 注意
- この申請書の裏面に、領収証・販売証明者・福祉用具のパフレット等を添付してください。
  - ※受領委任払いの場合は、委任状が必要です。
  - 「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、裏面に記載してください。
  - 振込み指定口座は、被保険者の口座を記入してください。

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を次の口座に振り込んでください。※受領委任払いの場合記入不要

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫		本店 支店 出張所	種目	口座番号					
				1普通預金						
					2当座預金					
				3その他						
フリガナ										
口座名義人										

臼杵市記入欄

保険料納付状況				領収証	販売証明書	委任状	パンフレット	自己負担割合
未納保険料	滞納保険料	給付制限状況	給付割合					割