

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書兼請求書(償還払い用)

被保険者氏名	フリガナ		保険者番号	4 0 2 1 5 6						
			被保険者番号	0 1 0						
			個人番号							
生年月日	年 月 日生(満 歳)		性別	男 ・ 女						
住民票住所	〒 -		電話番号()	-						
主たる生活の場所 (上記と異なる場合のみ記載)	〒 -		電話番号()	-						
福祉用具名 (種目名及び商品名)		製造事業者名 販売事業者名(事業者指定番号)		購入金額 ※消費税を含んだ額		購入日 ※領収日を記載				
(種目)	(製造)						年 月 日			
(商品名)①	(販売) ()		円				年 月 日			
(種目)	(製造)						年 月 日			
(商品名)②	(販売) ()		円				年 月 日			
(種目)	(製造)						年 月 日			
(商品名)③	(販売) ()		円				年 月 日			
(種目)	(製造)						年 月 日			
(商品名)④	(販売) ()		円				年 月 日			
購入費用総合計				① 円						

中間市長 様
 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。また、上記申請に対する決定金額を請求しますので、指定する口座に振り込んでください。
 年 月 日
 被保険者住所 電話番号() -
 被保険者氏名 ⑩

口座振替	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種目 (いづれかに○をすること)	口座番号					
	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						
依頼欄	フリガナ		口座名義人						

提出代理者	住所	
被保険者との関係	(事業者名)	⑩
()	氏名(代表者名)	⑩
	電話番号()	- 担当者名

確認事項(市介護保険課記入欄)

介護度(購入時)	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	確 認	ケアプラン	<input type="checkbox"/> プランへの記載	<input type="checkbox"/> 作成日等	<input type="checkbox"/> 同意	
給付実績額(同一年度)	② 円		領収書	<input type="checkbox"/> 10割	<input type="checkbox"/> 領収日		
給付限度額 0,000円-②	③ 円	備 考	販売計画	<input type="checkbox"/> 基本事項	<input type="checkbox"/> 同意		
自己負担額(円未満繰上)	④ 円						
給付額	①-④ 円						
①-④≥③のときは③							
保険料納付状況	給付率	%					
	生活保護	有 ・ 無					
負担割合	割		<input type="checkbox"/> 起案	<input type="checkbox"/> 入力	<input type="checkbox"/> 通知		