

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(受領委任払い用)

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						
		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()	-					
		施設名称						
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						
(種目)	(製造)		年 月 日					
(商品名)②	(販売) ()	円						
(種目)	(製造)		年 月 日					
(商品名)③	(販売) ()	円						
(種目)	(製造)		年 月 日					
(商品名)④	(販売) ()	円						
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。なお、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領に関する権限を下記登録事業者に委任した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 被保険者氏名								

登録事業者 登録番号 ()	住所 事業者名 代表者名 電話番号 () -	担当者名
口座振替	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所
依頼欄	金融機関コード	店舗コード
	フリガナ	口座名義人
		種目 (いずれかに○をすること)
		1 普通預金 2 当座預金 3 その他
		口座番号

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"/> 割	<input type="checkbox"/> 領収日	
給付限度額 0,000円-②	③ 円		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 ≥ ③のときは③	①-④ 円	備考				
保険料納付状況	給付制限 有 ・ 無 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				