

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払い用）

鏡石町長様

次のとおり申請します。

		申請年月日	年		月		日			
フリガナ		保険者番号		0	7	3	4	2	9	
被保険者氏名		被保険者番号								
生年月日	明・大・昭	年		月		日生	性別	男・女		
住所	〒 ー									
		電話番号 ()								
要介護状態区分	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5			
認定有効期間	年		月	日	から	年		月	日	まで
福祉用具商品名	製造事業者名及び販売事業者名			購入金額		購入年月日				
				円		年 月 日				
				円		年 月 日				
総費用額	円			保険給付率		/100				
保険請求額 (申請金額)	円			自己負担額		円				
福祉用具が必要な理由										

※事業所による申請の場合記入

申請事業所名		事業所番号							
申請者氏名		印	被保険者との関係						
申請者住所	〒 ー								
		電話番号 ()							

振込先	金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農協		金融機関番号	店舗名	本店 支店 出張所	支店番号
	口座種目	普通預金	当座預金	口座番号			
	口座名義人（カタカナ）						

委任状	私は、次の者に介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費の申請及び受領に関する一切の権限を委任します。						
	住所						
	受任者 氏名						
委任者（被保険者）氏名							
印							

- 注意
- この申請書の裏面に、被保険者に対して発行した領収証及び福祉用具のカタログ等を添付してください。
 - 「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。
 - 保険請求額＝総費用額×保険給付率 ※小数点以下切り捨て
 - 自己負担額＝総費用額－保険請求額