

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

フリガナ 被保険者氏名	-----		保険者番号	2 8 3 8 2 0	
			被保険者番号	0 0 0 0	
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女		
住所	〒 ----- 電話番号 () -----				
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造業者名及び販売事業者名 (特定福祉用具販売事業者番号)	購入金額	購入日		
	()	円	平成 年 月 日		
	()	円	平成 年 月 日		
	()	円	平成 年 月 日		
購入合計金額	円	支給申請(請求)額	円		
福祉用具が 必要な理由					
播磨町長様 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及び請求します。 なお、この申請に係る保険給付額は、下記の口座へ振り込んでください。 平成 年 月 日 申請者 住所 (被保険者) 氏名 ㊟					

【注意】 ・この申請書に、領収書及び福祉用具のパンフレット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。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 農協	本店 支店 出張所	種目	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				
	フリガナ 口座名義人	-----				

※受取を委任(被保険者と口座名義人が違う)する場合に記入してください。

氏名 _____ に上記申請(請求)金額の受領を委任します。

被保険者名 _____ ㊟

(町記入欄)

保険料未納	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	要介護度	支1・2 介1・2・3・4・5	認定期間	添付書類
給付実績 (年度内) (残額)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 円)	介護保険給付対象購入金額 (保険給付決定額)	(_____ 円)		<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> パンフレット
		利用者負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> その他()		

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

フリガナ	ハリマ タロウ		保険者番号	2 8 3 8 2 0									
被保険者氏名	播磨 太郎		被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6
			生年月日	昭和15年10月10日生		性別	男 ・ 女						
住所	〒675-0182												
	播磨町東本荘1丁目5番30号		電話番号(079)435-0355										
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造業者名及び販売事業者名 (特定福祉用具販売事業者番号)		購入金額	購入日									
シャワーチェア (入浴補助用具)	製造業者名/販売事業者名 (1234567)		20,000円	平成27年○月×日									
購入した福祉用具名、製造業者名、販売事業者名、販売事業者番号を記入して下さい			年 月 日										
()			年 月 日										
購入合計金額	20,000円		支給申請(請求)額	円									
福祉用具が必要な理由	購入した福祉用具が必要な理由について記入して下さい												
播磨町長様 上記のとおり関係書類を提出し、福祉用具購入費の支給を申請及び請求します。 なお、この申請に係る保険料の滞りがないことをご確認ください。 平成 年 月 日 申請者 住所 播磨町東本荘1丁目5番30号 氏名 播磨 太郎													

購入した福祉用具名、製造業者名、販売事業者名、販売事業者番号を記入して下さい

購入した福祉用具が必要な理由について記入して下さい

※請求額は記入しないでください

※請求日は記入しないでください

申請者は被保険者本人の名前を記入してください

押印してください

・「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。

口座振替 依頼欄	○×	銀行 信用金庫 農協	○×	本店 支店 出張所	種目	口座番号							
	金融機関コード		店舗コード			1 普通預金	1	2	3	4	5	6	7
	1	2	3	4	5	6	7	2 当座預金					
フリガナ		ハリマ タロウ											
口座名義人		播磨 太郎											

※受取を委任(被保険者と口座名義人が違う)する場合に記入してください。

氏名 _____ に上記申請(請求)金額の受領を委任します。
 被保険者名 _____

(町記入欄)

保険料未納	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	要介護度	支1・2	認定期間	添付書類
給付実績 (年度内) (残額)	<input type="checkbox"/> 有	保険者が使用しますので記入は不要です。			<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> パンフレット
円)	利用者負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> その他()			