

様式第5号（第8条関係）

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 被保険者氏名		保険者番号								
		被保険者番号								
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女							
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										
保険対象費用額①		円			円					
被保険者負担額② (①×0.3) ※一円未満切り上げ		円			円					
保険支給額①－②		円			円					
購 入 日		年 月 日			年 月 日					
福祉用具が 必要な理由										
<p>取手市長 様</p> <p>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。</p> <p>また、この申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給申請の提出及び受領に関する権限については、次の受取人に委任します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 電話番号</p> <p style="text-align: center;">(兼受領委任者) 氏名</p>										
受取人の住所, 事業所名, 代表 者名及び口座 振込先	〒		登録番号							
	住所		電話番号							
	事業所名									
	代表者名									
	金融機関		銀行			支店				
口座番号					区分	1 普通 2 当座				
フリガナ										
口座名義人										

※取手市記入欄

保険対象額	本人負担額	支給決定額	備考

(裏)

注意

- 1 この申請書には、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付してください。
- 2 「福祉用具が必要な理由」欄については、個々の用具ごとに記載してください。なお、欄内に記載が困難なときは、裏面に記載してください。
- 3 保険対象費用額に給付対象外経費が含まれているときは、保険支給額が減額されますのでご注意ください。