

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			保険者番号		0	1	2	0	6	2
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	〒 釧路市 番 ()									
販売事業者名			事業者番号 (販売事業者)							
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名		税込購入金額(10割)			購入日				
			円			令和 年 月 日				
			円			令和 年 月 日				
			円			令和 年 月 日				
			円			令和 年 月 日				
福祉用具が必要な理由 ※用具毎に記載										
口座振替 依頼欄 ※受領委任の 場合は不要	銀行 信用金庫 信用組合		本店 支店 支所		□普通 □当座 □()		口座番号			
	金融機関コード		店舗コード		フリガナ 口座名義人					
<p>[あて先] 釧路市長 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。 令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所 _____ (被保険者) 氏名 _____ 印 番 ()</p>										
<p>[受領委任] 上記福祉用具購入費の受領に関する権限を次のとおり委任します。 令和 年 月 日</p> <p>委任者 住所 _____ (被保険者) 氏名 _____ 印 番 ()</p> <p>受任者 住所 _____ (販売業者) 名称 _____ 代表者氏名 _____ 代表者の印 番 ()</p>										

被保険者
捨印

事業者
捨印

・指定事業者から購入した福祉用具のみ、保険給付の対象になります。
・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。(申請は購入月毎に必要です)

市記入欄

受付印	要介護度	資格	負担割合	給付制限	購入履歴
	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1号 <input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 生保	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 給付割合 /100	<input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目以降
	備考	保険対象額	被保険者負担額	支給決定額	
		円	円	円	