

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			保険者番号	2 4 2 0 1 6						
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女				
住所	〒 -									
販売事業者名				担当者連絡先						
種目名	商品名	製造事業者名		購入金額		購入日				
				円		年 月 日				
				円		年 月 日				
				円		年 月 日				
福祉用具が必要な理由	事業所名 _____ 記入者名 _____ (該当する項目にチェック) <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員 <input type="checkbox"/> その他()									
※身体状況を踏まえ具体的に記入して下さい。										

(あて先)津市長

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(請求)します。
 また、この申請に基づく居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領に関する権限については、下欄の者に委任します。

令和 年 月 日

申請者 住所
 (委任者)

氏名 ⑤ 電話番号

請求金額	円
------	---

受任者の住所事業者名代表者名	〒	住所	電話番号	()				
口座振込依頼欄	銀行	本店	口座番号					
	農協	支店						
	信用金庫	出張所						
	種目		口座	フリガナ				
	1 普通 2 当座 3 その他()		名義人					

(備考) 1 この申請書に領収証及び福祉用具のパン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」については、ケアマネジャーか販売した福祉用具販売事業所の福祉用具専門相談員が記入してください。

ご本人またはご家族が記入する場合は、福祉用具専門相談員の助言を交えて具体的に記入して下さい。

また、個々の福祉用具について必要な理由を記入してください。

