

介護保険居宅介護・介護予防福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号				4	2	3	2	2		
	被保険者番号				3	2	2	0	0		
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別		男・女				
住所	川棚町				電話番号						
要介護認定区分	要介護	1	2	3	4	5	経過的要介護	要支援	1	2	
福祉用具名 (種目名・商品名)	購入金額 (円)		購入日			販売事業所名 (事業所コード)					
			令和 年 月 日								
			令和 年 月 日								
			令和 年 月 日								
合計			支給方法			窓口払・口座払					
福祉用具が必要な理由											
居宅介護支援事業所 (担当ケアマネジャー)		ケアマネジャー；									
川棚町長 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します。  令和 年 月 日 申請者 住所 電話番号 氏名											
なお、上記申請に基づく福祉用具購入費の受領は下記の者に委任します。											
販売事業者 (受任者)	名称					代表者					
	住所					指名					
	振込先 金融機関名	銀行・金庫・組合				本店・支店・出張所					
	種類	普通・当座・その他				(フリガナ)	( )				
口座番号					口座名義人						

注意 ・この申請書の裏面に、請求書及び領収書の写しを貼付けてください。 ・購入した福祉用具のパ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、別紙に記載してください。

保険者処理欄

支給制限	今回購入費用査定額（10万円を限度）	A	円	支給・不支給
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（償還払・差止・給付率）	既に支給した福祉用具購入費の額 （ 円）の90/100の額	B	円	受付年月日
既支給種目	支給限度基準額の残額 （10万円-B）	C	円	
<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（種目）	保険給付対象額	D	円	
（購入日）	AまたはCのいずれか低い額		円	
	支給決定額（D× %）		円	