

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書(償還払い)

フリガナ					保険者番号				
被保険者氏名					被保険者番号	0	0		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生(満 歳)								
住 所	〒				電話番号 ( )				
要介護度	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5								
認定有効期間	年 月 日 から				年 月 日 まで				
購入種目	商品名	製造事業者名	購入日	購入金額					
			年 月 日	円					
			年 月 日	円					
			年 月 日	円					
			年 月 日	円					
販売事業者名				購入金額合計					
指定事業者番号					円				
<p>上記のとおり必要書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給申請をします。                  なお、支給にあたっては、下記金融機関の口座に振り込みしていただくよう依頼します。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>くすのき広域連合長 様</p> <p>被保険者氏名 _____ 印</p>									

口座振込 依頼欄	銀行	本店	種目	口座番号				
	信用金庫	支店	1 普通					
	信用組合	出張所	2 当座					
	農協		3 貯蓄					
	金融機関コード	店舗コード	4 その他					
	フリガナ							
	口座名義人							

ご注意 この申請書に、介護支援専門員等が作成した福祉用具が必要と認められる理由を記載した意見書、パンフレット、請求書(任意の様式)、領収証等を添付してください。

くすのき広域連合記入欄

給付制限	既利用額	支給額	利用者負担額	総 額
有・無	円	円	円	円

申請を受理し、決定してよろしいか。

総務課長	課長代理	本部担当	支 所 長	支所担当者	年 月 日 受付
					年 月 日 決裁