

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	松 阪 市	2	4	2	0	4	0
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		介護度					
住 所	〒 松阪市 町 番地	電 話 番 号	()						
販売事業者名		購 入 日	年 月 日						
購 入 費 総 額	介護保険対象購入費①	自己負担額②(①×0.1,0.2もしくは0.3) ※1円未満切り上げ	保 険 支 給 額 ①-②						
円	円	円	円						

内 訳	特定福祉用具 (種目及び商品名)	製造事業者名	購入金額
			円
			円
			円

(あて先) 松 阪 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)福祉用具購入費の請求及び受領に関する権限に
 ついては、下欄の受取人に委任します。

年 月 日

住 所 松 阪 市 町 番地
 被保険者 (兼受領委任者) 氏 名 印

捨印

受取人(請求者)の 住 所 事 業 者 名 代 表 者 名	〒		電 話 番 号		
	住 所 事 業 者 名 代 表 者 名		印 ()		
口座振込先	銀行 信用金庫 農協・漁協	本店 支店 出張所	種 目	口 座 番 号	
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金		
			2 当座預金		
			3 その他		
	フリガナ				
	口座名義人				

市記入欄

保 険 対 象 額	支 給 決 定 額	課 長	主 幹	係 長	主 任	担 当
円	円					

注 意

- ① この申請書に、下記の書類等を添付してください。
◎福祉用具購入に要した費用に係る領収証

- ② 保険対象購入費用に給付対象外費用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。