

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書 (償還払い用)

フリガナ		保険者番号							
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
		生年月日	年 月 日						
住所	〒								
介護認定結果	要介護状態区分 1 2 3 4 5				要支援状態区分 1 2				
認定有効期間	年 月 日～				年 月 日				
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名及び販売事業者名	購入金額	購入日						
		円	年 月 日						
		円	年 月 日						

加須市長様
 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。

年 月 日

住所 〒

申請者 氏名

電話番号 ()

口座振替 依頼欄	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する (利用する場合は口座情報の記入不要) 【公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。】									
	<input type="checkbox"/> 振込先口座を指定する (口座を指定する場合は以下にご記入ください。)									
	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店	種目	口座番号						
	金融機関コード	店舗コード	1 普通 2 当座 3 その他							
	フリガナ	口座名義人								

申請に必要な書類

福祉用具サービス計画

請求書

領収書(社名・住所・代表者名・代表者印・件名・金額等を記載してあるもの)

購入した用具のパンフレット

振込先が被保険者でない場合は委任状

市記入欄			
福祉用具購入履歴	既申請額	支払方法の変更	備考
有 (回)	円	有 ・ 無	
・ 無	既支給額	給付額減額	
	円	有 ・ 無	