

受付印

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			保険者番号	3		6	2	0	2	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	男・女				
住所	〒 -									
電話番号 () -										
福祉用具名 (種目名及び商品名)	福祉用具が必要な理由	購入金額	購入日	販売事業者番号						
		円	年 月 日	販売事業者名・製造事業者名						
		円	年 月 日							
		円	年 月 日							
購入金額の合計		円								

鳴門市長様

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

申請者 住所

氏名

電話番号

印 () -

申請書を提出 する者	所属名	住所又は所在地	〒 -
	氏名	電話番号 ()	-

・この申請書に、※①ケアプラン(第1表-第4表)、②福祉用具サービス計画書(写し)、③領収書、④当該福祉用具のパンフレット等、⑤委任状(下記の口座名義人が被保険者名と異なる場合のみ添付)を添付してください。
※①ケアプランについて、要支援1・2の方については、介護予防サービス・支援計画書及びサービス担当者会議の要点を提出してください。

口座振替 依頼欄	※	銀行 金庫 農協	本店(本所) 支店(支所) 出張所	種目	口座番号				
	フリガナ								
	口座名義人								
※ゆうちょ銀行の方で他の金融機関から振込用の店名・口座番号等が不明の場合は右欄に記号・番号をご記入ください。			記号(5桁)	番号(7桁または8桁)					

保険者記入欄

保険料納付状況	未納保険料 (有・無)	給付率	9・8・7・6 / 10	
	滞納保険料 (有・無)	給付対象額	円	
介護度	要支援・要介護 ()	給付決定額	円	
購入履歴				

委 任 状

鳴 門 市 長 殿

(代理人)

住 所

氏 名

印

上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

1. 件 名 介 護 保 険 福 祉 用 具 購 入 費
2. 金 額

上記記載の 受領 に関する一切の権限。

年 月 日

(委任者)

住 所

氏 名

印