

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	年 月 日生												
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 販売事業者名・製造事業者名									
		円	年 月 日										
		円											
		円											
購入金額の合計		円	※福祉用具を複数購入し、購入日が同日でない場合は、申請書を分けて提出してください。領収書には、品目ごとの金額の内訳を記載してください。										

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

( ) -

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			1 普通 2 当座 3 その他										
	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

介護度	要支援・要介護 ( )	給付対象額	円
購入履歴			

# 委 任 状

鳴 門 市 長 殿

(代理人)

住 所

氏 名

上記の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

記

当該申請にかかる、介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の  
受領 に関する一切の権限。

年 月 日

(委任者)

住 所

氏 名

印