

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									
		円	年 月 日	販売事業者名・製造事業者名									
		円											
		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					
				1 普通						
				2 当座						
				3 その他						
	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

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

連 絡 先

(委任者との関係)

※委任者との関係が確認できない場合は、本人確認書類を添付していただく場合があります。

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

連 絡 先