

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書(受領委任払い用)

フリガナ		保険者番号		1	5	2	0	6	6
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	年 月 日	個人番号							
住所	〒 - 電話番号								
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名	販売価格(10割)	購入年月日						
		円	年 月 日						
		円	年 月 日						
		円	年 月 日						
合計金額			円						
利用者負担額(1割、2割又は3割) (上記のうち、支給対象外の額)	円	保険請求額(9割、8割又は7割)	円						
販売事業所名 (受領委任払い取扱登録販売所名)								新発田市 登録番号	
福祉用具が必要な理由									
<p>(宛先)新発田市長</p> <p>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。 なお、支給額の支払については、別添委任状の受任者口座へ振り込んでください。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名 電話番号</p>									

《注意》 ・この申請書に、自己負担分の領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。
 ・「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。
 ・枠内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

市 処 理 欄	<input type="checkbox"/> 在宅 1割・2割・3割	給 付 実 績		支給対象額	円
	要支援 ・ 要介護	無 有	購入年月日	支給決定額	円
	保険料滞納 有 ・ 無		福祉用具名	円	
			購入金額	円	自己負担額
			支給対象残額	円	円