

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		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 販売事業者名	購入金額	購入日
		円	年 月 日
		円	年 月 日
		円	年 月 日

福祉用具が必要な理由	
------------	--

(宛先)新発田市長

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

- 《注意》
- ・この申請書に、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。

居宅介護(予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行・農協 信金・信組 労金・漁協	本店 支店 出張所	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				

支払金額受領の権限を(氏名) (続柄)に委任します。

委任者(被保険者氏名)

㊞

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	自己負担額	円
			購入金額	円	
	支給対象残額		円	円	