

介護保険居宅介護福祉用具購入費等支給申請書

介護保険法の規定に基づき次のとおり申請します。

居宅介護福祉用具購入費等の支給を受ける方の氏名等を記入してください。

被 保 険 者	フリガナ				保険者番号	0	8	2	0	1	6
	氏名				被保険者番号						
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女	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(消費税込)	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											

(本申請に係る委任)

私(被保険者)は、次の事項について委任します。

(1) 本申請については、下記の申請者を代理人と定め申請に係る権限(取下げに関する権限を含み、本申請に係る決定通知書の受取りを除く。)を委任すること。

(2) 本申請に係る保険給付の受領については、下記の口座名義人が受領すること。

被保険者氏名 _____ 印

申請者が本人以外の場合は、記入してください。

申 請 者	氏名及び印	印	本人との関係
	住所	〒	
電話番号 ()			

- 注意
- この申請書には、領収証及び購入した福祉用具がわかるパンフレット等を添えてください。
 - 「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。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。(ただし、この申請書に居宅サービス計画を添付した場合であって、居宅サービス計画の記載により福祉用具が必要であると認められるときは、「福祉用具が必要な理由」の記載はいりません。)
 - 保険料を滞納している方については、保険給付ができない場合があります。

上記の居宅介護福祉用具購入費等を下記の口座に振り込んでください。

銀行 金庫 組合	本店 支店 出張所	預金種目	金融機関 コード	店 舗 コード	口 座 番 号
		1 普 通 2 当 座 3 貯 蓄			
フリガナ					
口座名義人	(本人との関係)				
電話番号 ()					