

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		2	8	2	0	7	9
被保険者氏名				被保険者番号	0	0	0	0			
生年月日	明・大・昭	年	月	日生							
住 所	〒 ー										
	電話番号 ー ー										
福祉用具が必要な理由 (スペースが足りない場合は、裏面に記載して下さい。)	居宅介護支援事業所名										(居宅がない場合は省略可)
	記入者名					記入日			年 月 日		
福祉用具種目名	商品名	製造事業者名	販売事業者名	購入金額	購入日(領収書の日付)						
				円	年 月 日						
				円	年 月 日						
				円	年 月 日						
合 計				円	請 求 額						円
伊 丹 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 氏 名 _____ (被保険者) ※本人が自署しない場合は、記名押印してください。											

- 注意 ・福祉用具種目名には、「腰掛便座」「特殊尿器」「入浴補助具」「簡易浴槽」「移動用リフトのつり具部分」のいずれかを記入してください。
 ・「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。
 ・振込先口座の確認のため、通帳またはキャッシュカードのコピーを添付してください。

◆振込口座依頼欄

カナ											
口座名義人											

<input type="checkbox"/>	銀行 金庫 組合	本店 支店 出張所	1:普通 2:当座	口座 番号							
<input type="checkbox"/>	ゆうちょ銀行	(記号) 支店番号	1	0							1

(兵庫県伊丹市)

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		2	8	2	0	7	9
被保険者氏名			被保険者番号	0	0	0	0			
生年月日	明・大・昭	年	月	日	生					
住 所	〒 ー									
	電話番号 ー ー									
福祉用具が必要な理由 (スペースが足りない場合は、裏面に記載して下さい。)	居宅介護支援事業所名		(居宅がない場合は省略可)							
	記入者名				記入日	年 月 日				
	福祉用具種目名		商品名	製造事業者名	販売事業者名	購入金額	購入日(領収書の日付)			
					円	年 月 日				
					円	年 月 日				
					円	年 月 日				
合 計		円		請 求 額 (割)	円					
<p>伊丹市長様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具の支給を申請します。また当該申請に係る居宅介護(介護予防)福祉用具購入費申請及び給付費の受領に関する権限を下記の受取人に委任します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申 請 者 氏 名</p> <p style="text-align: center;">(被保険者) (被保険者)</p> <p style="text-align: right;">※本人が自署しない場合は、記名押印してください。</p>										

注意 ・福祉用具種目名には、「腰掛便座」「特殊尿器」「入浴補助具」「簡易浴槽」「移動用リフトのつり具部分」のいずれかを記入してください。

・請求書(原本)、領収書(原本提示・コピー提出)及び福祉用具のパフレット(コピー可)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。

受取人欄	事業者名 会社名
	代表者名
	住 所 〒 ー
	電話・FAX