

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請・請求書

個人番号

(あて先)勝浦町長 殿

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

下記のとおり、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。

フリガナ 被保険者氏名		申請日	令和 年 月 日			
		保険者番号	3 6 3 0 1 0			
生 年 月 日	大・昭 年 月 日生	被保険者番号	0 0 0 0 0 0			
住 所	〒771-43 勝浦郡勝浦町大字	要介護認定区分				
		性 別	男 ・ 女			
		電話番号				
特定福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名	特定福祉用具 販売事業者名	購入金額	購入日		
①			円	令和 年 月 日		
②			円	令和 年 月 日		
③			円	令和 年 月 日		
購入理由(用具ごとに必要な理由を記入してください。)			計	円		
①						
②						
③						

上記のとおり、請求しますので、次の口座に振り込んで下さい。

口 座 振 込 依 頼 欄	銀行 農協	本店 支店 支所	種 目	口 座 番 号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金	
			2 当座預金	
			3 その他	
	フリガナ 口座名義人			

- ※ 指定を受けた事業者からの購入に限り、保険給付の対象となります。
※ この申請書に領収書及び福祉用具のパンフレットの写し等を添付してください。
※ 福祉用具が必要である理由の記入が必要です。被保険者の状況を把握している
介護支援専門員に記入を依頼されることをお勧めします。
※ 振込口座は、被保険者本人名義の口座を記入してください。
本人名義以外の口座に振込する場合は、同意書が必要です。

保険者(勝浦町)記入欄				
認定区分	□要支援() □要介護()		販売事業者	指定 ()
給付制限	有 ・ 無 (未納保険料 有 ・ 無)			
給付実績	有 ・ 無 (給付内容:)			
添付書類	□領収書 □パンフレット		限度額管理	確認 ()
費 用 額	円	給付割合	/100	支給決定額 円
備 考				確認者