

要介護度	
負担割合	1割・2割・3割
申請回数	初回・複数回

様式第1号(第4条関係)

(表)

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書(受領委任払用)

フリガナ			保険者番号	0	8	2	1	5	6				
被保険者氏名			被保険者番号										
			個人番号										
生年月日	年 月 日 生		性別	男 ・ 女									
住 所	〒		電話番号										
福祉用具名(種目名及び商品名)													
製造及び販売事業者名													
保険対象費用額①	円		円		円		円						
被保険者負担額② ※1円未満切り上げ	円		円		円		円						
保険支給額①-②													
購 入 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日	令和 年 月 日
福祉用具が必要な理由													
<p>(あて先)北茨城市長</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。また、この申請に基づく居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給申請書の提出及び受領に関する権限については、次の受取人に委任します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 電話番号</p> <p>(兼受領委任者)氏名 印</p>													
受取人の住所、事業所名、代表者名及び口座振込先	〒		事業所住所										
			事業所名										
			代表者名										
			電話番号										
		金融機関	銀行				支店						
		口座番号					区分	1普通 2当座					
		フリガナ											
		口座名義人											

※北茨城市記入欄

保険対象額	本人負担額	支給決定額	備 考

(裏)

注意

- 1 この申請書には、領収書及び購入した福祉用具のパフレット等を添付してください。
- 2 「福祉用具が必要な理由」欄については、個々の用具ごとに記載してください。
なお、欄内に記載が困難なときには、裏面に記載してください。