

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入完了届兼購入費支給申請書(受領委任払い)

フリガナ			保険者番号	4	0	3	4	9	3
被保険者氏名			被保険者番号	3	4	9	0		
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女			
要介護度	有効期間: . . ~ . .		被保険者区分		1号・2号				
住所	〒811-23 <input type="text"/> <input type="text"/>		粕屋町		電話番号 ( )				
承認決定日	年		月		日		承認決定番号	第 号	
福祉用具名			製造事業者名			購入年月日			
①						年 月 日			
②									
③									
販売事業者名及び所在地									
福祉用具購入費合計		円	申請基準額(上限額 10万円)		円				
本人負担額 ※記載不要		(負担割合: 割 領収日: )	支給額 ※記載不要		円				
粕屋町長 様 年 月 日									
上記のとおり福祉用具購入が完了しましたので、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給申請します。なお、支給申請手続きに関しましては、右記申請代行者へ委任します。									
申請者(原則として被保険者ご本人)					申請代行者				
住所 粕屋町					住所 (所在地)				
氏名					氏名 (事業所名)				
(担当者氏名: )									

〈添付書類〉  実際購入された福祉用具の写真  領収書原本  委任状

【注意】 ※入所・入院している方は、退所・退院してから支給申請を行って下さい。

※福祉用具の写真(購入した日付入り)は、納品状況、そのパンフレット等との照合ができるよう撮影してください。

★粕屋町処理欄(伺書)

起案 年 月 日

上記申請の介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を支給してよろしいかお伺いします。

No.	課長	主幹・係長	係	決裁	年 月 日
				入力	年 月 日

(支給予定)

年 月 R4.5