

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:) 円		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 日
R4.5