

美作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【償還払い用】

フリガナ			被保険者番号						
被保険者氏名			個人番号						
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女			
住所			電話番号 () -						
現在の居所	(現在の居所については、住所地以外に居住している場合に記入して下さい)		電話番号 () -						
要介護度	要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5						
有効期間	年		月	日	～	年	月	日	
福祉用具名(商品名)	製造事業者	販売事業者	購入金額		購入年月日				
			円		令和	年	月	日	
			円		令和	年	月	日	
			円		令和	年	月	日	
福祉用具が必要な理由 ※個々の用具ごとに記入	別紙のとおり								
<p>美作市長 様</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて、居宅介護・介護予防福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所</p> <p>(被保険者) 氏 名 ㊟</p> <p>電話番号 () -</p>									

添付書類：①領収書の写し、②福祉用具のパフレット、③福祉用具が必要な理由書等

福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行 農協 信用金庫	本店 支店 出張所	預金種目 普通 当座 その他	口座番号				
	(株)ゆうちょ銀行	記号	番号					
	フリガナ							
	口座名義人							

※福祉用具購入費の受領を委任する場合は、下記「委任状」に記入してください。

委 任 状	美作市記入欄
福祉用具購入費受領に関する権限を、下記代理人に委任します。	受付印
令和 年 月 日	
申請者(委任する人) 住所	
氏 名 ㊟	
代理人(口座名義人) 住所	
氏 名	要介護認定 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 支 _口 介 _口 介護保険料 <input type="checkbox"/> 完納 <input type="checkbox"/> 未納有