

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ		保険者番号		1	9	4	3	0	8
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	大・昭 年 月 日	介護度	要介護 要支援	負担割合			割		
住所	〒 富士河口湖町 電話番号								
福祉用具名	製造事業者名 販売事業者名	販売金額	購入日(領収日)						
		円	年	月	日				
		円	年	月	日				
		円	年	月	日				
福祉用具が必要な理由									
(宛先)富士河口湖町長 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申請をします。 年 月 日 申請者 住所 富士河口湖町 氏名 電話番号									

- 添付書類 領収書(原本)
カタログの写し(購入品に蛍光ペン等でマーカーをしたもの)
委任状(振込先が本人口座以外の場合)
 ※「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。
 欄内に記載が困難な場合は別紙(任意様式)に記載してください。

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	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								

*番号不一致等、預貯金通帳からの転記誤りによる振込不能事例が多発しております、正確な転記をお願いします。

※保険者確認欄

受付	内容 審査	在宅 確認	介護度	審査決定額	円	電算 入力
	福祉用具購入費 同年度支給履歴	有 無	負担割合	割	円	
	過去購入額	円	備考			

上記申請について保険給付として適当と認め、支給決定してよろしいか

決裁	課長	課長補佐	係長	担当	支給決定日	支給日

委任状

私は、代理人を〔住所〕

〔氏名〕

と定め、介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領について委任します。

※本人以外の口座を指定する場合は委任が必要です

年 月 日

委任者

住所

氏名

印