

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				
被保険者氏名					被保険者番号				
個人番号									
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女	負担割合	1割・2割	
住所	〒								
電話番号									
福祉用具名		製造事業所名	事業所番号		購入金額	購入日			
種目名	商品名		指定販売事業所名						
					円	年 月 日			
					円	年 月 日			
					円	年 月 日			
上記、福祉用具が必要な理由を日常生活動作の状況等を勘案し裏面にご記入ください。									
<p>杵藤地区広域市町村圏組合 管理者 あて</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承認を申請します。また、当該申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の請求及び受領に関する権限を下記の事業者委任します。</p> <p>平成 年 月 日 住所</p> <p style="text-align: center;">申請者 電話番号</p> <p style="text-align: center;">(被保険者) 氏名 ㊟</p>									
<p>杵藤地区広域市町村圏組合 管理者 あて</p> <p>上記申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の請求及び受領に関する権限の委任を申請者から受けることに同意いたします。</p> <p>平成 年 月 日 所在地</p> <p style="text-align: center;">受任者 電話番号</p> <p style="text-align: center;">(事業所) 代表者氏名 ㊟</p>									
必要添付書類	<ul style="list-style-type: none"> <li>・領収証（原本）</li> <li>・福祉用具購入費請求書</li> <li>・福祉用具のパフレット（写しでも可）</li> <li>・オーダーメイドの福祉用具については、平面図等構造のわかる書類及び写真</li> </ul>								

保険者記入欄	<input type="checkbox"/> 領収証	<input type="checkbox"/> 請求書	保険料滞納	給付対象額	審査確認	入力確認
	<input type="checkbox"/> パフレット等		有・無	円		
	<input type="checkbox"/> 福祉用具の重複		給付額減額	支給決定額		
	( )		有・無	円		



