

**介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）**

フリガナ		保険者番号			2	8	2	2	2	8
被保険者氏名		被保険者番号								
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男 ・ 女							
住所	〒 電話番号									
福祉用具名 (種目名及び商品名)		製造業者名及び販売事業者名			購入金額		購入日			
					円		年 月 日			
					円		年 月 日			
					円		年 月 日			
合計				円		/				
保険給付対象額				円						
介護保険請求額 (小数点以下切り捨て)				円						
自己負担額 (保険給付対象外費用含む)				円						
福祉用具が必要な理由										
<p>養父市長様</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 style="text-align:center">年 月 日</p> <p>住所 <span style="float:right">電話番号</span></p> <p>申請者 氏名</p>										

- 注意
- ・ この申請書に、領収書（自己負担分の領収書）及び福祉用具のパフレット等を添付してください。
  - ・ 「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裏面もしくは別紙に記載してください。
  - ・ 介護保険給付費の受領委任払いについて、委任状を添付してください。

市記入欄						
介護度	要支援 1 2	要介護 経過的 1 2 3 4 5	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割	領収書	
保険料滞納	あり ・ なし		負担割合			
<p>給付対象額 (          円 ) - 自己負担額 (          円 ) = 支給額                  円</p>						