

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	八幡浜市	3	8	2	0	4	4
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	年 月 日	被保険者区分	第1号・第2号						
		性別	男・女						
住所	〒 (電話番号) - -								
購入日時点における要介護度		<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 ()							

福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額 (税込価格)	購入日 (領収書記載日)
(種目)	(製造)	円	年 月 日
(品名)	(販売)		
(種目)	(製造)	円	年 月 日
(品名)	(販売)		
(種目)	(製造)	円	年 月 日
(品名)	(販売)		
(種目)	(製造)	円	年 月 日
(品名)	(販売)		
※ 領収書及び福祉用具のカタログ等の 写しを添付してください。		合計	円 (支給対象は10万円まで)

福祉用具が 必要な理由	

※ 理由は個々の用具ごとに記入してください。欄内に記入が困難な場合は、裏面に記入してください。

八幡浜市長 様

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。

年 月 日

被保険者署名 _____ 代筆者署名 _____ (続柄)

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記の口座へ振り込んでください。

口座 振込 依頼欄	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 出張所	種目	口座番号	
	金融機関コード	店舗コード	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

※ 被保険者本人名義の口座を記入してください。本人以外の口座を記入する場合は委任状又は念書を添付してください。

居宅介護支援事業所等名	(担当)
-------------	------

市記入欄	負担割合	<input type="checkbox"/> 1割	給付制限	<input type="checkbox"/> 有り	生保受給	<input type="checkbox"/> 有り	入力確認
		<input type="checkbox"/> 2割		<input type="checkbox"/> 無し		<input type="checkbox"/> 無し	
		<input type="checkbox"/> 3割					

○被保険者本人名義でない口座を指定する場合は、下記の委任状欄に必要事項を記入してください。

委 任 状

年 月 日

八幡浜市長 様

私が八幡浜市より支払いを受ける介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費について、下記の受任者に受領に関する権限を委任します。

委 任 者 (申請者)	住所	
	氏名	
受 任 者 (口座名義人)	住所	
	氏名	続柄

○被保険者死亡による相続申請の場合は、下記の念書欄に必要事項を記入してください。

念 書

年 月 日

八幡浜市長 様

年 月 日 _____ の死亡により、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、相続人の間で異議が生じても、私が全責任をもって解決し、八幡浜市には一切ご迷惑はおかけしません。

相 続 人	住所	
	氏名（自署）	続柄

○申請書に相続人の口座が記入されている場合は記入不要です。

<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	種目	口 座 番 号										
金融機関コード	店舗コード	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 貯蓄 <input type="checkbox"/> その他	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
フリガナ													
口座名義人 (相続人)													

福祉用具購入に要した費用に係る領収書

領収書貼付欄

(注意事項)

- 1、領収書の宛名は申請者（被保険者）の氏名としてください。（「上様」等では受付できません。）
- 2、領収書は写し（コピー）でもかまいません。ただし、その場合は提出時に原本の確認をさせていただきます。