

介護保険 居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

償還払用

被保険者	フリガナ 氏名		性別	男	保険者番号						
			女	被保険者番号							
	個人番号										
	住所				生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日					
		電話									

特定 (介護予防) 福祉用具	用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名及び 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

特定 (介護予防) 福祉用具が 必要である 理由	
--------------------------------------	--

添付書類	<input type="checkbox"/> 特定(介護予防)福祉用具の購入に要した費用に係る領収証(宛名は被保険者名)	<input type="checkbox"/> 指定特定(介護予防)福祉用具販売事業者から交付された販売証明書
	<input type="checkbox"/> 特定(介護予防)福祉用具の概要を記載した書面(パンフレット等)	<input type="checkbox"/> 渋川市所定の請求書

上記のとおり居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給の申請をします。

年 月 日 申請者 住所
 渋川市長 様 (被保険者) 氏名 印

(手続の流れ) 指定特定(介護予防)福祉用具販売事業者から購入⇒購入総費用支払⇒支給申請
 ⇒市から支給決定通知⇒市が被保険者に福祉用具購入費支払

以下渋川市記入欄

様

受付番号

上記の支給申請について、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を次のとおり決定します。

提出された請求書に基づき、D欄の福祉用具購入費を指定預貯金口座に振り込みます。	A	購入総費用(税込) (被保険者負担額)	円		
	B	購入総費用のうち 介護保険給付対象額(税込)	円		
	C	福祉用具購入費支給上限額	円		
振込予定日	年 月 日	D	福祉用具購入費支給額 (市が被保険者に支払う額)	B × /100(円未満切捨) ※Cを超えた場合はCの額	円

年 月 日

渋川市長

印

請 求 書

次のとおり請求します。 平成 年 月 日 渋川市長 高 木 勉 様						被 保 険 者	〒 住所 氏名 電話	印		
内容	介護保険 居宅介護(介護予防)福祉用具購入費									
私(誓約者)は、上記の被保険者に対して生じた介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の請求代表者であり、この請求について他の相続人との間に問題が生じても、渋川市には一切迷惑をかけることを誓約します。						誓 約 者 (相 続 人)	〒 住所 氏名 電話	印		
※福祉用具の購入以降支給申請時までに被保険者が死亡した場合は、この欄を記載してください。										
金額	+	万	千	百	+	円	支払 方法	口座振込		
振込 口座	金融機関						支店(所)			
	口座番号		普通・当座				(フリガナ) 口座 名義人			
(被保険者(誓約者)≠口座名義人の場合に以下を記載)										
私(被保険者又は誓約者)は、上記の介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を受領する権限及び附帯する一切の権限を右記の者に委任します。						受 任 者 (口 座 名 義 人)	〒 住所 氏名 電話			

■注意事項

- 1 請求年月日及び金額(請求額)は、記載しないでください。
- 2 振込口座がゆうちょ銀行の場合は、金融機関欄に「ゆうちょ銀行」を、支店(所)欄に「(店番)」を記載してください。
- 3 記載事項を訂正することはできませんので、改めて請求書を記載してください。