

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 女	保険者番号							
			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			
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								

(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

