

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

フリガナ			保険者番号	4	0	3	4	9	3
被保険者氏名			被保険者番号	3	4	9	0		
生年月日	明・大・昭	年	月	日	被保険者区分		1号・2号		
要介護度	有効期間: . . ~ . .					負担割合: 割			
住 所	〒811-23 <input type="text"/> <input type="text"/> 粕屋町 電話番号 ( )		現在の状況		<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入所(入院)中				
福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名		購入金額		購入年月日				
①			円		年 月 日				
②			円		年 月 日				
③			円		年 月 日				
福祉用具が必要な理由									
福祉用具購入費合計	円		申請基準額 (上限額 10万円)		支給対象残(円)				
本人負担額 ※記載不要	円		支給額 ※記載不要		円				
粕屋町長 殿 <span style="float:right">年 月 日</span> 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。 なお、上記申請に基づく福祉用具購入費支給額の請求及び受領は、右記の者へ委任します。 申請者(被保険者ご本人) 販売事業者 兼委任者 事業所番号 <input type="text"/> 氏名 住所 名称 ※自筆署名の場合押印不要 (電話番号: ) (担当者氏名: )									

口座振込 依頼欄	銀行・農協 金庫・組合		本店	1 普通預金					
			支店	2 当座預金					
	フリガナ								
	口座名義人								

〈添付書類〉 パンフレット等(定価記載があるもの)  実際購入された福祉用具の写真  領収書原本

**【注意】** ※入所・入院している方は、退所・退院してから支給申請を行って下さい。  
 ※福祉用具の写真(購入した日付入り)は、納品状況、そのパンフレット等との照合ができるよう撮影してください。

★粕屋町処理欄(何書) 起案 年 月 日

上記申請の介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を支給してよろしいかお伺いします。

No.	課長	主幹・係長	係	決裁	年 月 日	(支給予定)
				入力	年 月 日	