

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費 支給申請書（償還払い用）

被 保 険 者	被保険者番号				氏名		申請日			
							生年月日			
	住所	〒				電話番号		要支援・要介護状態区分		
購入年月日				購入事業者		(福祉用具専門相談員名)				
支給限度基準額		既支給対象額		支給対象額①		支給額 ①× 10 割		利用者負担額 ①× 割		支給限度基準額 残額
100,000 円		円		0 円		0 円		0 円		100,000 円
種類・名称		商品名等		製造事業者名		購入金額		購入理由		
						円				
						円				
						円				
合計						0 円				
恵庭市長 様 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。 申請者（被保険者） 住所 _____ 氏名 _____ 電話番号 _____ 担当者 居宅介護支援事業所名 _____ 介護支援専門員 _____ 電話番号 _____										

支払い方法		口座振込（下記に記入してください）							
振 込 口 座	金融機関名		本・支店名等		口座の種類・番号			口座名義人	
					<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座			フリガナ	

福祉用具支給申請 恵庭市記入欄

添付書類の確認	<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売計画、又は居宅サービス計画（第1表）（第2表）（第4表） <input type="checkbox"/> 請求書 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 福祉用具のパフレット <input type="checkbox"/> 給付費に係る委任状（※必要時）								
負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割								
給付費支出科目	<input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具購入費 <input type="checkbox"/> 居宅介護福祉用具購入費								
次のとおり決定（却下）してよろしいか伺います。									
支給決定額					決 裁	課長	主査	スタッフ	合議
支給決定日	年 月 日								