

様式第1号（第6条第1項関係）

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 被保険者氏名	性別 男・女	保険者番号				
		被保険者番号				
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	個人番号				
住所	〒					
福祉用具名 (種目名及び商品名)		電話番号				
製造事業者名及び 販売事業者名						
保険対象費用額①		円	円			
自己負担額② (①×負担割合) ※1円未満切り上げ		円	円			
保険支給額①-②		円	円			
購入日	年 月 日	年 月 日				
福祉用具が 必要な理由						
<p>我孫子市長 あて 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。 また、この申請に基づく（居宅介護・介護予防）福祉用具購入費の支給申請及び受領に関する権限については、次の受取人に委任します。</p> <p>年 月 日 住所</p> <p>申請者 電話番号 (兼受領委任者) 氏名 印</p>						
受取人の住所、事業者名、代表者名及び口座振込先	〒		契約番号			
	住所		電話番号			
	事業者名		印			
	代表者名					
金融機関	銀行		支店			
口座番号		区分	1 普通 2 当座			
フリガナ 口座名義人						
指定居宅介護 支援事業者等 確認欄	<p>上記の申請については、介護保険法第8条第13項又は第8条の2第13項に規定する特定福祉用具に該当すること及び支給の申請手続が適正であることを確認します。</p> <p>住所 事業者名 居宅介護支援専門員氏名 印</p>					

※我孫子市記入欄

保険対象額	本人負担額	支給決定額	備考

注意

- 1 この申請書には、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付してください。
- 2 「福祉用具が必要な理由」欄については、個々の用具ごとに記載してください。なお、欄内に記載が困難なときは、裏面に記載してください。
- 3 保険対象費用額に給付対象外経費が含まれているときは、保険支給額が減額されますのでご注意ください。