

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）

フリガナ		保険者番号		1	3	2	0	8	4
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年		月		日		性	男・女
住所	調布市								
電話番号	( )								
福祉用具	種目名	製造事業者名	販売事業者名		購入金額		購入日		
	商品名	指定販売店事業者番号							
						円			
						円			
						円			
購入合計額	円		自己負担額		円				
	(利用者負担割合: 割)								
福祉用具が必要な理由	記入者名 (1. ケアマネジャー 2. 専門相談員)								
調布市長 宛									
<p>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。</p> <p>また、この申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する権限を次の者に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>【申請者】 住 所</p> <p>氏 名</p> <p>(連絡先) (電話番号)</p> <p>【受任者】 登録番号</p> <p>所在地</p> <p>事業所名</p> <p>代表者名</p> <p>電話番号</p>									

注意 領収書、福祉用具のカタログ（コピー可）を添付してください。  
 「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。  
 欄内に記載が困難な場合は、裏面等に記載してください。

※ 自己負担額は、対象となる用具の購入金額から保険給付額（1円未満の端数が発生した場合には切捨て）を控除した残額（購入金額の1割又は2割に相当する額）となります。ただし、2つ以上の用具を購入した場合には、対象用具の購入金額の合計額から保険給付額（1円未満の端数は切捨て）を控除して自己負担額を算出します。

(裏)

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記の口座へ振り込んでください。

口座 振替 依頼 欄	銀行名	支店名	預金種目	口座番号					
	銀行・信用金庫 農協・信用組合	本店 支店・出張所	1 普通 2 当座						
	フリガナ								
	口座名義人								

----- ※調布市記入欄 -----

区分	保険料納付状況	保険対象額	本人負担額	支給決定額	備考
1 一般	未納保険料 有 ・ 無				
2 支払方法の変更					
3 給付額減額	滞納保険料 有 ・ 無				