

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	0	0	0							
生年月日	大・昭・平 年 月 日	電話番号	()									
住所	調布市											
購入商品名 種目名に丸、TAISコード		製造事業者名	販売事業者名 指定販売店事業者番号					商品ごとの 合計購入金額			領収年月日	
腰掛便座・入浴補助用具・スロープ その他()								①			年	
TAISコード(-)								円		月 日		
腰掛便座・入浴補助用具・スロープ その他()								②			年	
TAISコード(-)								円		月 日		
腰掛便座・入浴補助用具・スロープ その他()								③			年	
TAISコード(-)								円		月 日		
購入合計額 (①+②+③)		円					自己負担額 購入金額から保険給付額 (1円未満の端数が 発生した場合は切捨)を 控除した残額			円 (利用者負担割合: 割)		
福祉用具が 必要な理由 ・購入用具ごとに記載 ・スロープ購入時は 設置数場所及び設置数を 明記 ・枠内に記載が困難な場 合は、別紙および裏面等 に記載してください		記入者名 (1. ケアマネジャー 2. 専門相談員)										
調布市長 宛												
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）福祉用具購入費の受領に関する権限を次の者に委任します。												
年 月 日												
【申請者】		住所			(署名)							
		氏名			(連絡先)							
【受任者】		登録番号 調福 -										
		所在地										
		事業所名										
		代表者名										
		電話番号										

注意 領収書、購入商品のカタログ(コピー可)を添付してください。

(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	本店	1 普通						
	農協・信用組合	支店・出張所	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	滞納保険料				
3 給付額減額	有 ・ 無				