

様式第43号(第29条関係)

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書

[年 月分]

フリガナ						保険者番号	0	9	4	1	1	0
被保険者氏名						被保険者番号						
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生	性別	男・女						
住所	〒											
要介護状態区分	要支援 [1・2]		要介護 [1・2・3・4・5]			申請中 [新規・変更]						
種目	<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 特殊尿器 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトつり具の部分		商品名									
必要理由												
支払金額合計	円											

那珂川町長 様

上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給を申請します。

年 月 日

住所

申請者

氏名



電話番号

()

- 注意・この申請書に、該当月分の領収証、商品カタログ等の写し、給付費請求書、委任状(振込先口座名義が当該被保険者以外の場合)を添付してください。
 ・必要理由は個々の用具ごとに記載してください。

居宅介護(予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込 依頼欄	銀行 信用組合 農業協同組合		本店 支店		種目	口座番号					
	金融機関コード		店舗コード		1 普通預金						
					2 当座預金						
					3 その他						
	フリガナ										
	口座名義人										

※町記入欄

保険料納付状況	領収証 確認欄	カタログ等 確認欄	既支給済額等	備考
未納保険料 [有・無] 滞納保険料 [有・無]			円 種目 []	

介護保険居宅介護（支援）福祉用具購入費請求書

那珂川町長 様

請求金額 _____ 円

上記の金額を請求いたします。

年 月 日

住 所 那珂川町 _____

氏 名 _____ (印)

ふりがな 被保険者氏名	被保険者番号		
福祉用具名	購入年月日	購入金額 (10割)	支給金額 (9割)
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円
	年 月 日	円	円

福祉用具購入費受領委任状

那珂川町長 様

(被保険者)

住 所 :

氏 名 :

印

私は、介護保険居宅介護(支援)福祉用具購入費の受領を下記の者に委任いたします。

年 月 日

(受任者)

住 所 :

氏 名 :

(続柄 :)