

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		保険者番号		0	1	2	0	9	6
		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日生	性別	男 ・ 女						
住所	〒 - 電話番号								
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額	購入日						
		円	令和	年	月	日			
		円	令和	年	月	日			
		円	令和	年	月	日			
福祉用具が 必要な理由									
<p>夕張市長様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具販売費の支給を申請します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>申請者 住所 氏名 ⑩ 電話番号</p> <p>代筆者 住所 氏名 ⑩ 電話番号</p> <p>被保険者との続柄</p>									
<p>また、上記申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任いたします。</p> <p>委任者 住所 (申請者)氏名 ⑩ 電話番号</p> <p>受任者 住所 氏名 ⑩ 電話番号</p> <p>被保険者との続柄</p>									

注意 ・ この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。
 ・ 「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下さい。
 欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

受 領 方 法	1. 口座振込	銀行 信用金庫	本店 支店 出張所	種 目	口座番号
				1 普通預金 2 当座預金 3 その他	
	フリガナ 口座名義人				
2. 現金	受取場所	・ 本庁 ・ () 連絡所			

夕張市記入欄

対象金額 A (≤100,000)	保険給付額 B (A × 90/100)	支給決定額 C
円	円	円
区分 1 新規 2 再申請	備考	

