

玉野市介護保険 居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

提出者		事業所名・氏名(担当者)			事業所番号					
		住所			電話番号					
被 保 険 者	フリガナ				被 保 険 者 番 号					
	氏名				0	0	0	0		
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別		男	・	女
	住所				電話番号					
	要介護度	支援1・支援2・介護1・介護2・介護3・介護4・介護5								
福祉用具名 (種目名及び商品名)		製造事業者及び販売事業者名			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
購入金額合計					円					
福祉用具が 必要な理由										
<p>玉野市長 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。 令和 年 月 日</p> <p>申請者 (被保険者) <u>本人署名</u></p> <p><u>代筆者名</u> <u>本人との続柄()</u></p> <p>※代筆の場合は、本人署名欄へ記名・押印が必要です。</p>										
<p>(注)・この申請書に、領収書及び福祉用具の写真・パンフレット等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には、裏面に記載してください。 ・振込先の口座が当該被保険者でない場合は、委任状を添付してください。 ・訂正する場合は、申請者(被保険者)名の記入に合わせて、二重線をして署名又は押印してください。 修正テープ等は使えません。本人署名欄に押印があり、枠外に同じ印があれば捨印として取り扱います。</p>										
口 座 振 替 依 頼 欄			銀 行		本 店	種 目		口 座 番 号		
			農 協		支 店	1. 普通預金				
			信用金庫		支 所	2. 当座預金				
			信用組合		営 業 部	3. その他				
金融機関コード			店舗コード							
フリガナ 口座名義人										

市記入欄

介護保険施設・医療機関への 入所・入院の有無	①(前回までの対象額) + ②(今回の対象額) = ③(総対象額)
有・無	円 円 円
備考	円 円 円

受領委任払該当者及び生活保護受給者については、以下の必要事項について、担当ケアマネジャー又は担当ケースワーカーが記入してください。

	所属する居宅介護支援(地域包括支援)事業所または社会福祉事務所	担当者名
<input type="checkbox"/> 受領委任払該当 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者		

<受領委任払を希望する理由>

※生活保護受給者については、「受領委任払を希望する理由」を省略できます。

--