

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（償還払い用）

フリガナ		保険者番号		1	2	3	2	6	5
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日								
住所	電話番号								
負担割合		1割 ・ 2割 ・ 3割							
特定福祉用具種目 (品目及び商品名)		製造事業者名			購入年月日				
		販売事業者名			購入金額				
1				年 月 日					
				円					
2				年 月 日					
				円					
福祉用具が必要な理由									
(宛先) 白井市長 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。 年 月 日 申請者 氏名 (被保険者本人)									
介護保険事業所番号									

添付書類

- 特定福祉用具のパンフレット等（製造事業者名等の記載のあるもの）
- 販売価格（10割分）がわかるもの（見積書等）
- 被保険者本人あての領収書原本及び写し

居宅介護（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。

口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	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							

上記口座名義人に給付費の受領を委任します。

被保険者氏名

担 当 課 記 入 欄	1号・2号	介護給付	要介護	予防給付	要支援
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	限度費用額	円	給付実績	円	
	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割 ・ 給付制限等			

①購入費総額（介護保険対象額のみ）	②自己負担額（①×負担割合：小数点以下切上）	介護保険給付額（①-②）
円	円	円