

様式第1号(第4条関係)

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書(受取代理用)

ふりがな											
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	性別	男・女					
要介護区分	支1・支2・1・2・3・4・5	認定期間	年	月	日	～	年	月	日		
今年度購入額	年 月申請 円				年 月申請 円						
福祉用具名	販売事業者名				購入金額			購入日			
					円			年 月 日			
					円			年 月 日			
					円			年 月 日			
					円			年 月 日			
合 計					円						
<p>大空町長様</p> <p>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。</p> <p>また、上記申請に基づく給付金の受領方を下記に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: right;">住所.....</p> <p style="text-align: right;">申請者 氏名.....<sup>㊞</sup></p> <p style="text-align: right;">TEL ( )</p>											
受取人の住所 事業者名 代表者名	<p style="text-align: right;">.....<sup>㊞</sup> TEL ( )</p>										
口座振込 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						
	ふ り が な										
	口座名義人										

注意事項

- ・保険料を完納されていない方で、支払方法の変更により償還払い給付となっている方は、受取代理払いはできません。
- ・この申請書に「個々の用具ごとに購入額がわかる書類(納品書等)」、「個人負担領収書」「福祉用具のパンフレット等」を添付してください。

[大空町記入欄]

費用額	A(≦100000) 円	保険給付額	B=A×0.9 円	利用者負担額	A-B 円		
添付書類	<table border="1"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>・納品書等</li> <li>・個人負担領収書</li> <li>・用具のパンフレット</li> </ul> </td> <td>福祉用具が必要な理由</td> </tr> </table>					<ul style="list-style-type: none"> <li>・納品書等</li> <li>・個人負担領収書</li> <li>・用具のパンフレット</li> </ul>	福祉用具が必要な理由
<ul style="list-style-type: none"> <li>・納品書等</li> <li>・個人負担領収書</li> <li>・用具のパンフレット</li> </ul>	福祉用具が必要な理由						