

(宛先)

上尾市長

下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申請をします。

申請者

住所 _____ 電話番号 () _____

氏名 _____ (被保険者との関係) _____

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|--|------------|--|----------|--|--|---------------------|--|--|--|--|
| フリガナ | | 保険者番号 | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | | | | | | | | | |
| | | 個人番号 | | | | | | | | | |
| 生年月日・年齢 | | 年 月 日 (歳) | | | | | | | | | |
| 要介護度 | | 必要な理由 | | | | | | | | | |
| 製造事業者・種目名・商品名 | | | | 購入金額/購入日 | | | 指定特定(介護予防)福祉用具販売事業者 | | | | |
| | | | | 円 | | | 指定番号 | | | | |
| | | | | 年 月 日 | | | 名称 | | | | |
| | | | | 円 | | | 指定番号 | | | | |
| | | | | 年 月 日 | | | 名称 | | | | |
| | | | | 円 | | | 指定番号 | | | | |
| | | | | 年 月 日 | | | 名称 | | | | |

※ 領収書、パンフレットを添付してください。

※ オーダーメイドの場合には、「費用の内訳書(寸法入り)」、「完成品の写真」も添付してください。

| | | | | | |
|-------|--------------------------|-----------------|-----|-----------------------|--------------------|
| 振込先口座 | 銀行 信用金庫 信用組合 農協 | 本店 支店 出張所 | 種 目 | 口座番号 記号—番号(ゆうちょ銀行) | |
| | 金融機関コード | 店舗コード | | | 1普通 2当座 3その他 |
| | 口座名義人 (カタカナで記入) | | | | |
| | | | | | |

【委任状】 振込先口座の名義人が被保険者本人以外の場合は、ご記入ください。

私(被保険者) _____[㊞]は、下記の者を代理人と定め、次の権限を委任する。
介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領に関すること。

代理人 住所 _____
氏名 _____[㊞] 電話番号 () _____

上尾市記入欄

| | | | | | | |
|---------------|----------------|------------------|--------|----------------|--------------|--|
| 購入日介護度 | 生保 | 給付制限 | | | 同月購入申請未入力データ | |
| 支・介()新規・区変 | 無 有 | 無 有(. . ~ . .) | | | 無 有 / 円 | |
| ①今年度の費用額合計10割 | ②今回支給限度額 10万-① | ③今回対象額≤② | ④支給額 | ③×0.9(0.8、0.7) | ⑤今回の本人負担額 | |
| 円 | 円 | 円 | 円 | | 円 | |
| 購入履歴 | | | 住改予定 | | 受付者 | |
| 無 有() | | | 無 有() | | | |