

介護保険福祉用具購入費等支給申請書

フリガナ			保険者番号	1 3 4 0 1 5	
被保険者氏名			被保険者番号		
			個人番号		
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別
要支援・要介護区分	要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5				
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	年 月 日	
			円	年 月 日	
			円	年 月 日	
支払の方法	1、償還払い 2、受領委任払				
福祉用具が 必要な理由	サービス計画添付により省略				
八丈町長 殿					
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					
住所			電話番号		
申請者 氏名					

添付書類

- | | |
|--------------|---------------------|
| カタログ・パンフレット等 | 委任状（本人申請のため省略） |
| ケアプラン | 受領委任の委任状（償還払いのため省略） |
| 福祉用具サービス計画 | 請求書（償還払いのため省略） |
| 領収書 | |

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下さい。

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		
	フリガナ 口座名義人				

認定申請中、入院・入所中ではない	左記全て該当の場合のみ 受領委任払制度を利用する
サービス計画が作成されている	
購入業者が登録事業者である	
被保険者が給付制限を受けていない	