

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書(受領委任払用)

フリガナ				被保険者番号												
被保険者氏名																
生年月日	年 月 日															
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 購入 円			年 月 購入 円												
理由書作成事業所名	理由書作成者氏名			資格	・介護支援専門員 ・福祉用具相談員 ・その他()			理由書作成年月日 年 月 日								
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														

北見市長様

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。
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。

年 月 日

□□□-□□□□

住 所

申請者
(被保険者)

氏 名

印

電話番号

()

受取人の住所 事業者名 代表者氏名				電話番号	()					
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									

注意事項 利用される方に

- ・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、受領委任払いはできません。
- ・この申請書に介護支援専門員等が作成した「福祉用具が必要と認められる理由を記した書類」、「個々の用具ごとに購入額がわかる書類(納品書等)」、「領収書」、「福祉用具のパフレット等」を添付してください。
- ・欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

※ 北見市記入欄

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
区 分	添付書類	受 付	入 力	確 認	居宅介護支 援事業所	今年度の費用額累計 円
1 新規	・理由書					基 本 番 号
2 再申請	・納品書等					
機能 破損 介護 その他	・領収書 ・用具のパフレット等					