

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書

[償還払い用]

フリガナ 被保険者氏名 (申請者)  (明・大・昭 年 月 日生)	保険者番号	0 9 2 0 1 5									
	被保険者番号	0									
	個人番号										

住 所	〒 一 電話番号: 宇都宮市										
-----	-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

福祉用具名 (種目名及び商品名)	販売事業者名		購入金額	購入日			
	指定事業者番号			円	令和	年	月
			円	令和	年	月	日
			円	令和	年	月	日
			円	令和	年	月	日
			円	令和	年	月	日

福祉用具が必要な理由											
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

負担割合	1割・2割・3割	期間(令和 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日)
------	----------	--------------------------

(あて先) 宇都宮市長  
令和 年 月 日  
上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給を申請します。

- 1 給付金を裏面の口座に振り込んで下さい。
- 2 支給内容の決定通知について下記に送付して下さい。(被保険者以外の住所の場合)

送付先	〒 一 電話番号: 住所: 氏名:										
-----	-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

注意)・領収書(証)及び福祉用具のパンフレットを添付して下さい。  
・「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載して下さい。  
・福祉用具を購入した日(領収書の日付の日)が、病院・施設に入院・入所中(外泊含む)であった場合は、購入費を支給できません。

[裏面に口座振込依頼欄がありますので、忘れずに記入して下さい]

受付	添付書類等	備考
	<input type="checkbox"/> 福祉用具パンフレット <input type="checkbox"/> 領収書(証) <input type="checkbox"/> 病院・施設に入院・入所期間中でないことの確認	

※口座振込依頼欄は、通帳を確認のうえ記入して下さい。

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 支所 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					
	フリガナ 口座名義人							

※注意：口座名義人が被保険者と異なる場合は、下記の委任状欄に必要事項を記入して下さい。

委 任 状	
(あて先)宇都宮市長	
(被保険者)	
・住所：宇都宮市	
・氏名：	
私は、福祉用具購入費の受領を下記の者に委任します。	
(受任者)	
・住所：	
・氏名：	
(続柄： )	