

介護保険居宅介護(支援)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ	カトリ タロウ		2	3	6	6
被保険者氏名	香取 太郎		被保険者の情報を記入してください。			
			9	9	9	9
生年月日	●●年 ●●月 ●●日	性別	男	女		
住所	〒287-8501 香取市佐原口2127番地		個人番号(マイナンバー)の記入は不要です。			
	電話番号		0478(50)1111			
要介護状態区分	要介護2					
認定有効期間	●●年 ●●月 ●●日 から ●●年 ●●月 ●●日 まで					
種目名	製造事業者名		購入金額	購入日		
商品名	販売指定事業者名		15,000 円	●●年 ●●月 ●●日		
腰掛便座	●●●●株式会社					
腰掛便座A型 KIG-010	福祉ショップ●●		円			
購入品目等についての情報を記入してください。						
福祉用具が必要な理由を記入してください。(原因となる既往・疾患、現在の状況、どのようにしたいかを記入して下さい。)						
福祉用具が必要な理由	●月上旬に自宅内で転倒。転倒時に左足を骨折し、歩行が困難となっている。 腰掛便座をベッドサイドに設置し、安全に排泄ができるように購入する。					
香取市長様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(支援)福祉用具購入費の支給を申請します。 ●●年 ●●月 ●●日 住所 〒287-8501 香取市佐原口2127番地 申請者 氏名 香取 太郎 電話番号 0478(50)1111 ※氏名は自署してください。						
被保険者の氏名を自署してください。 自署できない場合は、記名・押印してください。						

居宅介護(支援)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振替 依頼欄	銀行	本店	種目	口座番号		
	香取 信用金庫	支店	1 普通預金	●●●●●●●●		
	信用組合	出張所	2 当座預金	●●●●●●●●		
	農業協同組合		3 その他	●●●●●●●●		
	金融機関コード	店舗コード				
	被保険者と異なる場合、別途委任状の添付をお願いします。		カトリ イチロウ			
	口座名義人	香取 一郎				

注意事項

- この申請書の他に、領収書、福祉用具のパフレット等を添付してください。
- 購入金額については、被保険者自己負担額を記入してください。
- 「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ください。なお、欄内に記載が困難な場合は、別紙に記入のうえ、申請書に添付してください。
- 特定福祉用具販売指定居宅サービス事業者で購入した場合に限り支給されます。

委任状

●●年 ●●月 ●●日

香取市長 様

委任者 住所 香取市佐原口2127番地
氏名 香取 太郎

※氏名は自署してください。

私は、下記の者に介護保険居宅介護(支援)福祉用具購入費に係る支給申請の受領に関する一切の権限を委任します。

受任者	住所	香取市佐原口2127番地
	氏名	香取 一郎
	続柄	子
	電話番号	0478(50)1111