

様式第5号

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

受領委任払い用

フリカ`ナ											保険者番号	3	0	3	6	1	0				
被保険者氏名											被保険者番号	0	0	0	0						
利用者負担割合	1割・2割・3割										個人番号										
生年月日	年 月 日生										性別	男・女									
住所	〒643-000 湯浅町大字										電話番号										
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名					購入金額					購入日										
						円					年 月 日										
						円					年 月 日										
						円					年 月 日										
合計金額	円					利用者負担額	円					保険給付額	円								
販売事業所名 (受領委任払い取扱事業者名)											湯浅町登録番号										
居宅介護支援事業者名																					
居宅介護支援専門員名											電話番号										
<p>(あて先)湯浅町長</p> <p>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。</p> <p>また、この申請に基づく居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領については、上記の販売事業者に委託します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 湯浅町大字</p> <p>氏 名</p> <p>電話番号</p>																					

注意 この申請書に、利用者負担に係る領収書、保険給付分(町負担分)の請求書、事前承認申請書兼承認通知書及びその添付書類一式を添付して下さい。

湯浅町確認欄

滞納	給付制限	要介護度			同意	利用実績	
有・無	有・無	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5		有・無		
実績額		購入予定額	支給予定額		支払方法		
円		円	円		受領委任払 償還払		