

# 特定(介護予防)福祉用具購入費支給申請書(請求書)



受付印	事後	市 記 入 欄	要介護度	認定有効期間			負担割合  割
			介 ・ 支	自	年	月	
				至	年	月	日

フリガナ			被 保 険 者 号				
被 保 険 者 氏 名			番				
生 年 月 日	年	月	日	個 人 番 号			
住 所	〒 高崎市 電話番号 ( )						
福 祉 用 具 名 (領 収 日)	製造事業者名 及び 販売事業者名	購入金額 (消費税込)	市 記 入 欄	申請額 (請求額)			
1. ( 年 月 日)		円		円			
2. ( 年 月 日)		円		円			
3. ( 年 月 日)		円		円			
福祉用具が 必要な理由							
<p>(宛先)高崎市長</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請(請求)します。</p> <p>なお、福祉用具購入費については、<input type="checkbox"/> ア. 私人名義の下記の口座 <input type="checkbox"/> イ. 受領委任した下記の口座名義人の口座 に振り込んで下さい。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 (被保険者) 住所: 氏名: 電話番号 ( )</p> <p>申請代行者 (申請書の提出者) 住所: 申請者との関係 ( )</p> <p>氏名: 電話番号 ( )</p>							

注意

- この申請書に、領収書、特定福祉用具販売事業者等が作成したサービス計画の写しと販売証明書及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。
- 「福祉用具が必要な理由」欄に、購入用具が必要となった理由をわかりやすく記載してください。
- 「市記入欄」は窓口で確認後に記入します。

口座振込 依頼欄	銀行・農協 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				
			2. 当座				
	フリガナ						電話番号 ( )
	口 座 名 義 人	氏 名					

上記の特定(介護予防)福祉用具購入費について以下のとおり決定してよろしいか伺います。

市 記 入 欄	保険料 納付状況	給付率	支給する ・ 支給しない		担 当	係 長	課 長
	未納・滞納 保険料 有・無	%	支給決定額	円	事後		