

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ 被保険者 氏名			性別	保険者番号		3 5 2 0 1 3					
			男・女	被保険者番号							
住所	〒		負担割合	割	個人番号						
	電話番号				生年月日	年 月 日					
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名(指定番号)		購入金額	購入日	福祉用具が必要な理由						
			円	年 月 日							
			円	年 月 日							
			円	年 月 日							
(あて先) 下関市長 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。 年 月 日 申請者 住所 (被保険者若し 氏名 くは相続人) 代理申請者 住所 氏名											

注意 ・この申請書に、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付してください。

・指定の特定(介護予防)福祉用具販売事業所での購入が対象になります。

1. 窓口払い 2. 口座振込(下記を記入)

口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 農協		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											

(市記入欄)

提出	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理 <input type="checkbox"/> 使者 <input type="checkbox"/> 郵送		写 真 元 無 真 確 認 2 点 1 点	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券 <input type="checkbox"/> 個人番号カード
代理権の確認	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 ( )			<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳
個人番号確認	個人番号確認	有 ・ 無		<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証
	通知カード・住民票提示	有 ・ 無		<input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証
	システム確認	<input type="checkbox"/> 確認済み		<input type="checkbox"/> 健康保険・後期高齢者医療被保険者証
				<input type="checkbox"/> 介護支援専門員証
				<input type="checkbox"/> その他 ( )