

様式第3号（第7条関係）

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）

フリガナ			保険者番号		
被保険者氏名			被保険者番号		
			個人番号		
生年月日	年	月	日	性別	男 ・ 女
住 所	〒				自己負担割合 1割・2割・3割
福祉用具名		製造事業者名	販売事業者名	購入金額	購 入 日
種 目	商 品 名				
				円	年 月 日
				円	年 月 日
				円	年 月 日
福祉用具が 必要な理由	【記入した人】（ 1 ケアマネジャー 2 福祉用具専門相談員 3 その他 ）				
可児市長 様 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します。 また、当該申請に基づく保険給付の受領に関する権限を下欄の受取人に委任し、当該保険給付に係る決定 通知を送付することに同意します。 年 月 日 申請者 住 所 (被保険者) 氏 名 電話番号					

注意

- ・この申請書に、領収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」については、個々の用具ごとに記載してください。なお、必要な理由が記載された居宅サービス計画又は特定福祉用具販売計画を添付する場合は記入の必要はありません。

(受取人)	〒	
所 在 地	_____	電話番号 _____
事業所名称	_____	
代表者氏名	_____	

※市役所記入欄

認定状況	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	認定日 年 月 日	有効期間 年 月 日～ 年 月 日
保険内金額		利用者負担額	支給決定額
円		円	円