

(宛先)

上尾市長

下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申請をします。申請により支給される福祉用具購入費の受領に関する権限を以下の事業者
に委任しましたので、支給の可否に関し当該事業者へ通知することを同意します。

申請者

住所 電話番号 ()

氏名 (印) (被保険者との関係)

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・年齢	明・大・昭	年	月	日	(歳)	性別	男	女			
要介護度		必要な理由									
製造事業者・種目名・商品名			購入金額/購入日			指定特定(介護予防)福祉用具販売事業所					
			円			指定番号					
			年 月 日			名称					
			円			指定番号					
			年 月 日			名称					
			円			指定番号					
			年 月 日			名称					

※ 領収書、パンフレット、福祉用具提供証明書を添付してください。

※ オーダーメイドの場合には、「費用の内訳書(寸法入り)」、「完成品の写真」も添付してください。

事業者同意欄	受領委任払いの利用について同意します。つきましては、申請により支給が決定された居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を次の口座に振り込んでください。										
	所在地										
	名称										
	代表者氏名					印	電話番号 ()				
振込先口座	銀行 信用金庫 信用組合 農協		本店 支店 出張所		種 目	口座番号 記号—番号(ゆうちょ銀行)					
	金融機関コード		店舗コード		1普通 2当座 3その他						
	口座名義人 (カタカナで記入)										

上尾市記入欄

購入日介護度		生保	給付制限			同月購入申請未入力データ	
支・介()新規・区変		無 有	無 有(. . ~ . .)			無 有 / 円	
①今年度の費用額合計10割	②今回支給限度額 10万-①	③今回対象額≤②		④支給額 ③×0.9(0.8、0.7)	⑤今回の本人負担額		
円	円	円	円	円	円		
購入履歴			住改予定			受付者	
無 有()			無 有()				