

「利用予定の支払い方法」(様式2)
※どちらかに○を

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

受領委任	<input checked="" type="radio"/> 償還	<input type="radio"/> 払い
------	-------------------------------------	--------------------------

被保険者番号	0 0 0 0 0 0 1 2 3 4	受領委任番号(4370190)
個人番号		
フリガナ	クマモト ハナコ	生年月日 昭和10年 1月 11日生
被保険者氏名	熊本 花子	性別 男・ <input checked="" type="radio"/> 女
住所	熊本市中央区手取本町1-1	電話番号 (096) 328 - 2111
指定事業者名	(株)〇〇社	

種目	商品名	購入金額	購入日
品目	製造事業者名		
入浴補助用具	シャワーベンチ SB-〇〇〇	25,200 円	令和3年 7月 3日
入浴用いす	△△△		
		円	年 月 日
		円	年 月 日
		円	年 月 日
合計		25,200 円	

種目・品目については
別紙一覧より選択し記入をお願いします。

福祉用具が必要な理由 福祉用具が必要となる理由書「様式 6」を添付

熊本市長 様 保険者番号 4 3 1 0 0 7

上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給を申請します。

なお、指定事業者との間で異議が生じた場合、双方で責任を持って解決いたします。

申請日を記入 ☺

下記の高齢者の住まいに入居・入所中の方は建物名まで記入をお願いします。

申請者 (住所) 熊本市中央区手取本町1-1
 (被保険者) (氏名) 熊本 花子 電話番号 (096) 328 - 2111

熊本市記入欄	熊本市介護保険福祉用具購入費受領委任払い確認 <input type="checkbox"/> 給付制限確認 (保険料未納状況を含む)	受付印	確認印
	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス付高齢者向け住宅 ・養護老人ホーム 軽費老人ホーム ・有料老人ホーム ・ケアハウス 		