

高齢介護福祉課から通知している
受領委任払い番号をご記入ください。

「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	☐ 償還	☐ 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・ ☒ 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	△△△													
	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。								円		年 月 日			
									円		年 月 日			
									円		年 月 日			
									円		年 月 日			
	合 計								25,200 円					
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 日														
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 ☐ 給付制限確認 (保険料未納状況を含む)	受付印	確認印
・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			