

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											受領委任番号(4370190)	)
個人番号												
フリガナ											生年月日	年 月 日生
被保険者氏名											性 別	男・女
住 所	電話番号 () -											
指定事業者名												
種目	商品名					購入金額		購入日				
品目	製造事業者名											
						円		年 月 日				
						円		年 月 日				
						円		年 月 日				
						円		年 月 日				
						円		年 月 日				
	合 計					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。												
年 月 日												
申 請 者 (住 所)												
(被保険者)												
(氏 名) 電話番号 () -												

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