

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				
				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) _____ 印 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 <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