

「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	0000001234	受領委任番号(4370190)	
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	電話番号 (096) 328 - 2111 熊本市中央区手取本町1-1		
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	平成 25 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	
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	431007	
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 (被保険者)	(住所) 熊本市中央区手取本町1-1	(氏名) 熊本 花子	印 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		