

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

<input checked="" type="radio"/> 受領委任	<input 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	0 0 0 )	
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	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	4 3 1 0 0 7		
<p>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。</p> <p>申請日を記入 3</p> <p>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。</p>				
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	<input checked="" type="radio"/> 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 <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"> <li>・サービス付高齢者向け住宅</li> <li>・養護老人ホーム 軽費老人ホーム</li> <li>・有料老人ホーム ・ケアハウス</li> </ul>		