

介護保険福祉用具購入費支給申請書（償還払い用）

船橋市長 あて

年 月 日

次のとおり、関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請します。

被保険者番号		生年月日	
フリガナ		明治・大正・昭和 年 月 日生	
被保険者氏名 (申請者)		電話番号	
		— —	
住所	(〒 —)		
福祉用具が 必要な理由			
種 目 (該当するものに○)	商 品 名 (上段)	登録事業者コード (上段)	購 入 金 額 (上段)
	製造会社名 (下段)	登録販売事業者名 (下段)	購 入 年 月 日 (下段)
1. 腰掛便座			円
2. 自動排泄処理装置 の交換可能部品			年 月 日
3. 排泄予測支援機器			円
4. 入浴補助用具			年 月 日
5. 簡易浴槽			
6. リフトつり具			円
7. 複合機能用具			年 月 日

上記給付費を下記口座へ振り込んでください。

口座振込 依頼欄		銀 行 信用金庫 信用組合 農 協	本 店 支 店 出張所	口座番号		
	金融機関コード		支店番号			
	フリガナ					
	口座名義人					
				普通・当座・貯蓄		

※振込先口座名義人が被保険者と相違するときは、裏面の委任状が必要になります。

※この申請書の他に、被保険者名義の領収証原本と福祉用具のカタログを添付してください。

市職員記入欄	受付	受付者	領収書	カタログ
	担当	要介護度	負担割合	送付先 有・無

支給決定額

委 任 状

年 月 日

船橋市長 あて

委 任 者（被保険者）

氏 名 _____

住 所 _____

私は、介護保険福祉用具購入費支給に係る受領について下記の者を
代理人として委任いたします。

受 任 者（代理人）

氏 名 _____

住 所 _____