

介護保険福祉用具購入費支給申請書

(宛先) 鎌倉市長	〒	年 月 日
	住所
	申請者 (被保険者) 氏名
	電話
次のとおり、関係書類を添えて申請します。		

被 保 険 者	住所	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	被保険者番号	生年月日	明・大・昭	年 月 日
	要介護度	要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)	負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

福祉用具の種目及び商品名	製造事業者名及び販売事業者名	購入金額	購入日
.....	円	年 月 日
.....	円	年 月 日

下記の口座に振り込んでください。

被保険者本人

親族【(被保険者との続柄：配偶者 子 子の配偶者 その他 ()】

金融機関名	支店名	(コード)
口座名義 (カタカナで記入)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	口座番号

福祉用具が必要な理由
上記のとおり必要性を認めます	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員・地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 福祉用具専門相談員 【事業所名・氏名】

(注) 太線の中だけ記入してください。

- ※ 領収書(宛名は被保険者本人)、福祉用具のパフレットの写し等を添付してください。
- ※ ゆうちょ銀行に振込む場合は、振込専用口座(店番号3桁、口座番号7桁)を記入してください。

事務処理欄

在宅確認	<input type="checkbox"/> 在宅	履歴	年 月 :	円	残額	
	<input type="checkbox"/> 入院・入所中		年 月 :	円		円
購入金額	円	保険対象購入額	円	受付	入力	確認
利用者負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	保険給付額	円			