

昭島市介護保険福祉用具購入費支給申請書

どちらかに○をしてください。

	償 還 払 い		受領委任払い	Y			
--	---------	--	--------	---	--	--	--

フリガナ		保険者番号	昭 島 市	1	3	2	0	7	6
被保険者氏名		被保険者番号							
生 年 月 日	年	月	日	年 齢		性 別	男	・	女
住 所	〒	電話番号							

福祉用具 (種目名及び商品名)	製造事業者	販売事業者名	購入金額	購 入 日
			円	年 月 日
			円	年 月 日
			円	年 月 日
指定特定福祉用具販売 事 業 者 登 録 番 号				
福祉用具が必要な理由				

(あて先) 昭島市長
上記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。また、受領委任払いにおいては、当該申請に
基づく福祉用具購入費の申請及び受領に関する権限を下欄の受取人に委任します。
年 月 日
住 所
被保険者氏名 印

(受領委任払いのみ記載) 受取人の所在地 事業者名 代表者氏名	所在地 〒 事業者名 代表者名	電話番号 印
--	-----------------------	-----------

(注意) 被保険者の支払った自己負担分の領収書の写し、パンフレット等を添付してください。
「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して
ください。
償還払いの場合、口座振込依頼欄については、被保険者名義のものに限ります。

上記の居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

口座振込依頼欄 (上記受取人の代表口 座に限ります)	銀行 信用金庫 信用組合	本店 支店 出張所	種 目	口 座 番 号						
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他							
	フリガナ 口座名義人									

【市記入欄】 □ 認定有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日

□ 初回	□ 要支援	□ 1 号	■ 支 給 決 定 額	円
□ 再回	□ 要介護	□ 2 号	■ 利用者負担額	円