

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書

（受領委任払い用）

フリガナ		保険者番号		2	5	2	0	6	4
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	年 月 日 生								
住 所	〒	電話番号	要介護度						
			介護認定 期 間	年 月 日～ 年 月 日					
福祉用具名 (種目名および商品名)	製造事業者名および 販売事業者名	購入金額 (支給申請額)	購入日						
		円 (円)	年 月 日						
		円 (円)	年 月 日						
		円 (円)	年 月 日						
	購入金額の合計	円							
支給申請額の合計		円							
<p>草 津 市 長 宛</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費支給を申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者 住 所 氏 名 電話番号 (事業所名) 被保険者との続柄</p>									

注意 ・支給申請額は合計金額の9割または8割の金額を記入して下さい。なお、金額ご端数が出た場合は切り捨てて下さい。

・この申請書に、請求書（本人負担額分）、領収書（本人負担額分、原本確認必須・写し可）を添付して下さい。