

介護保険居宅介護(支援)福祉用具購入費支給申請書

第5号様式(第7条関係)

<償還払い>

		個人番号							
フリガナ		保険者番号							
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女	要介護度 ( )		
住所	〒			電話 - -					
購入(販売)事業者名			事業者登録番号 ( )						
福祉用具名 (種目名及び商品名)		事業者名		購入(販売)金額 (税込)		購入日			
①				円		年 月 日			
②				円		年 月 日			
③				円		年 月 日			
購入(販売)金額計(A)				円					
支給申請額	購入(販売)金額計(A) × (0.9/0.8/0.7) =							円 (小数点以下切捨) (B)	
利用者負担額	購入(販売)金額計(A) - 支給申請額(B) =							円(小数点以下切上)	
福祉用具が 必要な理由									
福祉用具の 選定理由									
南部町長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(支援)福祉用具購入費の支給を申請します。 年 月 日 住 所 氏 名 印 電話番号 -									

※添付するもの ①カタログ ②領収書(購入者の支払金額がわかるもの) ③介護保険被保険者証コピー  
居宅介護(支援)福祉用具購入費を下記の口座に振り込みしてください。

フリガナ	
口座名義人	
金融機関・本支店名	
預金種目・口座番号	