

様式第1号 (第4条関係)

## 居宅介護用品購入代金受領証明書

平成 年 月 日

所在地 和泊町

事業所名

代表者名

印

次のとおり、介護用品の代金を受領したことを証明します。

フリガナ		被保険者番号	5 3 3						
被保険者氏名		要介護 状態区分	要介護 1・2・3・4・5						
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女			
住所	〒899-91 和泊町								
受領日	平成 年 月 日								
受領金額	円								
内	介護用品の種類 (商品名)	単価	数量	金額					
訳	消費税						円		
	受領合計金額						円		

様式第2号（第5条関係）

居宅介護用品購入費申請書

フリガナ 被保険者氏名			被保険者番号	5	3	3									
			要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5											
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女									
住 所	〒891-91														
	和泊町											電話番号 92-			
介護用品購入店名			購 入 金 額			購 入 日									
			円			平成	年	月	日						
			円			平成	年	月	日						
			円			平成	年	月	日						
合 計			円												
<p>和泊町長 殿</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護用品購入費の支給を申請します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>申請者 住所 和泊町 電話番号</p> <p>氏名 印 92-</p>															
<p>介護支援専門員の意見 平成 年 月 日</p> <p><input type="checkbox"/> 居宅で介護を受けている。</p> <p><input type="checkbox"/> 寝たきり・認知等で介護用品が必要である。（ ）</p> <p><input type="checkbox"/> 施設等へ入所（入院）した。（平成 年 月 日～）</p> <p><input type="checkbox"/> 介護保険施設等への入所（施設名： ）</p> <p><input type="checkbox"/> 病院等への入所（施設名： ）</p> <p>事業者名</p> <p>氏 名 印</p>															
口座振込 依頼欄	金融機関名														
	支 店 名														
	口座番号														
	口座名義人														

