介護保険居宅介護特定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 | |  | | | | | | |  | |  | |  | |  |  |  | |
| 被保険者氏名 | | | | |  | | | | | | | | | 被保険者  番号 | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  |  | |
| 生年月日 | | | | | 年 月 日生 | | | | | | | | | 性別 | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | |
| 特定福祉用具名(種目名及び商品名) | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 製造事業者名 | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 販売事業者名 | | | | | | | | | | |  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| ①購入金額(限度額１０万円) | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | |
| ②自己負担額(①×負担割合)  　※１円未満切り上げ | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | |
| ③支給申請額(①－②) | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | |
| 購入日 | | | | | | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 特定(介護予防)福祉用具が必要な理由 | | | （理由）  （居宅介護支援事業所又は特定福祉用具販売事業所の名称及び事業者番号）  （記載者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 印西市長  　上記のとおり関係書類を添えて特定福祉用具購入費の支給を申請します。  　また、本申請に基づく特定福祉用具購入費の支給及び受領に関する権限を下記受任者に委任します。  　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者  (兼受領委任者) | | | | | | 住所  氏名 | | | 〒  ㊞　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受領  受任者 | 住所  事業者名  代表者名 | | | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | 登録番号 | | | | | |  | |  | |  | |  |
| ㊞　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座  振替先 | 銀行  信用金庫･信用組合 | | | | | | | | | 本店･支店･出張所 | | | | | 口座種別 | | | | | 口座番号 | | | | | | | | | | | | |
| 1.普通預金  2.当座預金  3.その他 | | | | |  | |  | |  | |  | | |  |  | |  |
| 金融機関コード | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | |  |  | |  | |  |  | |
| フリガナ | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （注意）　１　この申請書の裏面に、領収書及びパンフレット等を添付してください。  ２　「特定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。  ３　必要な理由については、原則、居宅介護支援事業所が記入すること。なお、当該事業所との契約を締結していない場合のみ、特定福祉用具販売事業所の記入でも可とする。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 担当課  記入欄 | | 介護度 認定有効期間 年 月 日～ 年 月 日  介護保険料納付状況(未納等の有無) 有・無 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 償還限度額 円(既購入状況 ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |