

介護保険居宅介護・介護予防福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------|-----------|----------|---|--------|--------------------|-----------|---------|---|---|---|---|--|
| フリガナ 被保険者氏名 | 保険者番号 | | | | | | | 4 | 2 | 3 | 2 | 2 | |
| | 被保険者番号 | | 3 | 2 | 2 | 0 | 0 | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 | 年 | 月 | 日 | 性別 | | | 男・女 | | | | | |
| 住所 | 川棚町 | | | | | | 電話番号 | | | | | | |
| 要介護認定区分 | 要介護 1 2 3 4 5 | | | | 経過的要介護 | | | 要支援 1 2 | | | | | |
| 福祉用具名 (種目名・商品名) | 購入金額 (円) | | 購入日 | | | 販売事業所名 (事業所コード) | | | | | | | |
| | | | 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| | | | 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| | | | 平成 年 月 日 | | | | | | | | | | |
| 合計 | | | 支給方法 | | | 窓口払・口座払 | | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所 (担当ケアマネジャー) | | ケアマネジャー； | | | | | | | | | 印 | | |
| 川棚町長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護・介護予防福祉用具購入費の支給を申請します。 平成 年 月 日 申請者 住所 電話番号 氏名 ⑩ なお、上記申請に基づく福祉用具購入費の受領は下記の者に委任します。 | | | | | | | | | | | | | |
| 販売事業者 (受任者) | 名称 | | | | | | 代表者 | | | | | | |
| | 住所 | | | | | | 指名 | ⑩ | | | | | |
| | 振込先 金融機関名 | 銀行・金庫・組合 | | | | | 本店・支店・出張所 | | | | | | |
| | 種類 | 普通・当座・その他 | | | | | (フリガナ) | () | | | | | |
| | 口座番号 | | | | | | 口座名義人 | | | | | | |

注意 ・この申請書の裏面に、請求書及び領収書の写しを貼付けてください。 ・購入した福祉用具のパ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、別紙に記載してください。

保険者処理欄

| | | | | |
|---|------------------------------------|---|---|--------|
| 支給制限 | 今回購入費用査定額（10万円を限度） | A | 円 | 支給・不支給 |
| <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（償還払・差止・給付率） | 既に支給した福祉用具購入費の額 (円) の90/100の額 | B | 円 | 受付年月日 |
| 既支給種目 | 支給限度基準額の残額 (10万円-B) | C | 円 | |
| <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種目) | 保険給付対象額 AまたはCのいずれか低い額 | D | 円 | |
| (購入日) | 支給決定額 (D× %) | | 円 | |