

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払い用）

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号		1	2	3	2	6	5
	被保険者番号							
生年月日	明・大・昭		年	月	日			
住所	電話番号							
負担割合	1割		・	2割		・	3割	
特定福祉用具種目	①商品名		④販売金額					
	②製造会社名		⑤自己負担額 ※1円未満切上げ					
	③購入年月日		⑥支給申請額					
1	①		④					
	②		⑤					
	③ 年 月 日		⑥					
2	①		④					
	②		⑤					
	③ 年 月 日		⑥					
3	①		④					
	②		⑤					
	③ 年 月 日		⑥					
当該福祉用具が必要な理由								
<p>(宛先) 白井市長</p> <p>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。 また、本申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の申請及び受領に関する権限を下記受任者に委任します。</p> <p>年 月 日 申請者氏名 (兼委任者)</p>								
受任者 (事業者)	住所 事業者名 代表者名		登録番号					
居宅介護支援事業者確認欄 (要綱第8条第2項関係)			事業者名			担当者氏名		

添付書類

- 特定福祉用具のパフレット等(製造事業者名等の記載のあるもの)
- 販売価格(10割分)がわかるもの(見積書等)
- 被保険者自己負担分の領収書原本及び写し

担 当 課 記 入 欄	1号・2号	介護給付	要介護	予防給付	要支援
	認定有効期間	年 月 日 ~			年 月 日
	限度費用額	円	給付実績	円	
	負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割 ・ 給付制限等			
	保険料収納状況(未納の有無)	無		有()	

支給額(⑥の合計) 円