

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)

|   |  |        |                 |      |          |   |       |   |   |
|---|--|--------|-----------------|------|----------|---|-------|---|---|
| フリガナ  |  |        | 保険者番号           | 4    | 0        | 3   | 4     | 9 | 3 |
| 被保険者氏名  |  |        | 被保険者番号          | 3    | 4        | 9   | 0     |   |   |
| 生年月日  | 明・大・昭  | 年      | 月               | 日    | 被保険者区分   |   | 1号・2号 |   |   |
| 要介護度  | 有効期間: . . ~ . .  |        |                 |      | 負担割合: 割  |   |       |   |   |
| 住所  | 〒811-23 <input type="text"/> <input type="text"/><br>粕屋町<br>電話番号 ( ) |        |                 |      | 現在の状況    | <input type="checkbox"/> 在宅<br><input type="checkbox"/> 入所(入院)中 |       |   |   |
| 福祉用具名(種目及び商品名)  |  | 製造事業者名 |                 | 購入金額 |          | 購入年月日   |       |   |   |
| ①   |  |        |                 | 円    |          | 年 月 日   |       |   |   |
| ②   |  |        |                 | 円    |          | 年 月 日   |       |   |   |
| ③   |  |        |                 | 円    |          | 年 月 日   |       |   |   |
| 福祉用具が必要な理由  |  |        |                 |      |          |   |       |   |   |
| 福祉用具購入費合計   | 円  |        | 申請基準額(上限額 10万円) |      | 支給対象残(円) |   |       |   |   |
| 本人負担額<br>※記載不要  | 円  |        | 支給額<br>※記載不要    |      | 円        |   |       |   |   |
| 粕屋町長 殿  |  |        |                 |      |          | 年 月 日   |       |   |   |
| <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。<br/>         なお、上記申請に基づく福祉用具購入費支給額の請求及び受領は、右記の者へ委任します。</p> <p>申請者(被保険者ご本人) 販売事業者 事業所番号 <input type="text"/><br/>         兼委任者 兼受任者 ※受任者は指定を受けた特定福祉用具販売事業者であること</p> <p>氏名 住所</p> <p>名称</p> <p>※自筆署名の場合押印不要 (電話番号: )<br/>         (担当者氏名: )</p> |  |        |                 |      |          |   |       |   |   |

|             |                |  |          |                  |                      |                      |                      |                      |                      |
|-------------|----------------|--|----------|------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 口座振込<br>依頼欄 | 銀行・農協<br>金庫・組合 |  | 本店<br>支店 | 1 普通預金<br>2 当座預金 | <input type="text"/> |
|             | フリガナ           |  |          |                  |                      |                      |                      |                      |                      |
|             | 口座名義人          |  |          |                  |                      |                      |                      |                      |                      |

〈添付書類〉 パンフレット等(定価記載があるもの)  実際購入された福祉用具の写真  領収書原本

【注意】 ※入所・入院している方は、退所・退院してから支給申請を行って下さい。  
 ※福祉用具の写真(購入した日付入り)は、納品状況、そのパンフレット等との照合ができるよう撮影してください。

★粕屋町処理欄(何書) 起案 年 月 日

上記申請の介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を支給してよろしいかお伺いします。

|     |    |       |   |    |       |
|-----|----|-------|---|----|-------|
| No. | 課長 | 主幹・係長 | 係 | 決裁 | 年 月 日 |
|     |    |       |   | 入力 | 年 月 日 |

(支給予定) 年 月 日  
R5.10