

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			保険者番号						4	0	2	1	6	4
被保険者氏名			被保険者番号	0	0									
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別			男・女						
住所	〒		介護度	支援1・2 介護1・2・3・4・5										
	電話番号													
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造業者名及び 販売業者名		購入金額		購入日									
			円		年 月 日									
			円		年 月 日									
			円		年 月 日									
福祉用具が 必要な理由														
<p>小郡市長 様</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。</p> <p>なお、この申請に基づく居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領に関する権限を、本申請に係る福祉用具を販売した下記の福祉用具販売業者に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>〒</p> <p>住所</p> <p>申請者</p> <p>(被保険者本人)</p> <p>氏名</p> <p>電話番号</p> <p>-</p> <p>印</p>														
上記の委任に基づき、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を代理受領することについて、申し出ます。														
登録販売業者名			代表者氏名		印									
住所	〒		TEL		受領委任払い取扱 事業所登録番号									

注意 ・この申請書に、領収書、個別援助計画書及び福祉用具のパンフレットを添付して下さい。
 ・「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

※小郡市介護保険課記入欄

福祉用具購入費						
負担割合	割	支払額	自己負担額	支給決定額		
		円	円	円	円	
要介護度	未納保険料	滞納状況	支給限度額残額	担当	係長	課長
	有・無	年度 期～ 年度 期 納付誓約 有・無	円			
上記の通り、決定・通知してよろしいか伺います。 決裁年月日 年 月 日						