様式第１号

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 | |  | | | | | 保険者番号 |  | | | | | | **０** | **６** | **２** | **０** | **５** | **９** |
| 被保険者  氏　　名 | |  | | | | | 被保険者番号 |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | | 年　　月　　日生 | | | | | 性　別 | 男　　　　・　　　　女 | | | | | | | | | | | |
| 介護度 | | 要支援　　　１　　　２ | | | | | 要介護　　　１　　　２　　　３　　　４　　　５ | | | | | | | | | | | | |
| 認定期間 | | 年 月 日　　 ～　　 年 月 日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名 | | | | | | 製造事業者名 | | | | | | | 購入金額 | | | | | | |
| (種目名及び商品名) | | | | | | 販売事業者名 | | | | | | | 購 入 日 | | | | | | |
| □腰掛便座 □自動排泄処理装置の交換可能部品　　 　　 □入浴補助用具 □簡易浴槽　□移動用ﾘﾌﾄの吊具の部分 | | | | | | 製造事業者名 | | | | | | | 円 | | | | | | |
| 商品名 | | | | | | 販売事業者名 | | | | | | | 年　 月　 日 | | | | | | |
| 上記福祉用具が必要な理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| □腰掛便座 □自動排泄処理装置の交換可能部品　　 　　 □入浴補助用具 □簡易浴槽　□移動用ﾘﾌﾄの吊具の部分 | | | | | | 製造事業者名 | | | | | | | 円 | | | | | | |
| 商品名 | | | | | | 販売事業者名 | | | | | | | 年　 月　 日 | | | | | | |
| 上記福祉用具が必要な理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| □腰掛便座 □自動排泄処理装置の交換可能部品　　 　　 □入浴補助用具 □簡易浴槽　□移動用ﾘﾌﾄの吊具の部分 | | | | | | 製造事業者名 | | | | | | | 円 | | | | | | |
| 商品名 | | | | | | 販売事業者名 | | | | | | | 年　 月　 日 | | | | | | |
| 上記福祉用具が必要な理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
| 申請者  (受領委任者) | 新庄市長  上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給を受領委任払いにて申請します。なお、当該申請に基づく請求及び受領に関する権限を下記の受取人に委任します。  　　年　　月　　日  住　所  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　印　電話番号　　（　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受取人  （事業者） | 事業者登録番号 | | | | 第　　　　　　　　　　　　号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 年　　月　　日  所在地  名　称  代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印　電話番号　　（　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考　・この申請書に、同意書、領収書・請求書及び福祉用具のパン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、介護支援専門員又は指定福祉用具販売事業者相談  　　　　員から記入してもらってください。  ・「上記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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 保険者記載欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 支給額 | | | 未納保険料 | 居宅介護（予防）支援事業所届出 | | | | | | 同一年度内購入品目 | | | | | | | | | |
| 円 | | | 円 | 有　・　無 | | | | | |  | | | | | | | | | |
| 円 | | | 給付制限 | 支援事業所名 | | | | | | 同一年度内支給済額 | | | | | | | | | |
| 円 | | | 有　・　無 |  | | | | | | 円 | | | | | | | | | |