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 |  | | | | | 被保険者番号 | |  | | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者  氏　　名 |  | | | | | 個人番号 | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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  (種目名及び商品名) | | | 製造事業者名及び  販売事業者名 | | | | 購入金額 | | | | | | 購入日 | | | | | | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | |  | | | |  | | | | | |  | | | | | | | | |
| 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。  　　年　　月　　日  住　所  氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　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　　　　　　　　　　　　　　　　　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。  　　　　排泄予測支援機器を購入する場合は、前述に加えて、医学的な所見がわかる書類（主治医意  見書など）も添付してください。  ・「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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | |