

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											
被保険者氏名				被保険者番号											
生年月日	年 月 日														
住所	〒 ー										自己負担割合 (1割・2割・3割)				
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名			県指定販売事業者名			購入金額			購入日					
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															
美濃加茂市長 藤井 浩人 宛															
上記のとおり特定福祉用具等の購入及び利用を開始したので、関係書類を添えて介護保険居宅介護・介護予防福祉用具購入費の支給を申請します。															
また、当該申請に基づく保険給付の受領に関する権限を下欄の受任者に委任し、当該保険給付に係る決定通知を送付することに同意します。															
年 月 日															
申請者 住所															
(被保険者名) 氏 名 印 電話番号 () ー															
※自署の場合、押印は不要です。															
※助成対象福祉用具は、介護保険制度における県指定の福祉用具販売事業者での購入に限ります。購入前に販売事業者、ケアマネジャー等に県指定の福祉用具販売事業者であるか確認してください。															
※「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ください。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。身体状況、介護者の状況、生活動作の状況等を記入し、必要となった具体的な理由を記載してください。															
〔添付書類〕															
☐ 購入された福祉用具のパフレット等															
☐ 被保険者名義の領収書（福祉用具の購入に要した費用（介護保険適用額）及び自己負担額が記載されたもの）															
(受 任 者)															
事業所 〒															
所在地 _____ 電話番号 () ー															
事業所名称 _____															
代表者氏名 _____															

※市記入欄

保険内金額 (A)	利用者負担額 (B)	支給決定額 (A－B)	今年度申請済額 (C)	申請可能残額 (10万円－A－C)
円	円	円	円	円
用具購入時認定状況	要支援〔 経過的要介護 ・ 1 ・ 2 〕 要介護〔 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 〕		年 月 日～ 年 月 日	