

# 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)

フリガナ			保険者番号	2	8	2	1	6	0	高砂市
被保険者氏名			被保険者番号							
生年月日	年 月 日									
住 所	〒 - [連絡先 - - ]									
福祉用具名 (商品名及び品番)		製造事業者名	販売事業者名 (指定番号)	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										

※対象となる福祉用具は、指定事業者で販売されるものに限ります。指定事業者から福祉用具を購入した場合に限り、支給対象となります。

※総合事業対象者は支給対象となりません。

高砂市長 様 年 月 日	
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。 また、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下記の業者に委任します。	
申請者 (被保険者) 住所 高砂市 _____ 氏名 _____ 自署又は記名・押印 来庁者 _____ □続柄( ) □ケアマネ □販売業者 ※この申請書を提出される方	受 付
電話番号: _____	

### 受領委任払に係る同意欄

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領に関する権限について、上記申請者からの委任を受け、受領することに同意します。また、特定福祉用具の販売にあたっては、関係法令並びに確約書の内容を遵守します。

なお、支給にあたっては、介護保険給付費受領委任払取扱事業者登録申請書の提出時に指定した口座に振り込んでください。

受任者	所在地				
	事業者名称				
	代表者氏名 電話番号	( )			

※1 この申請書のほかに下記の書類を添付してください。

- ①特定福祉用具の領収書
- ②購入した特定福祉用具のカタログの写し

※2 「福祉用具が必要な理由」欄については、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。

市処理欄 <この欄には記入しないでください。>

認定結果	支1・2	介1・2・3・4・5	認定有効期間	上記の申請について、左記のとおり福祉用具購入費の支給を決定してよろしいか。			
支給限度額		円	から まで	課長	係長	担当	チェック欄
負担割合		割					
支給決定額		円					
支給後限度額		円					
未納保険料	有 ・ 無						