

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<br>被保険者氏名                                                                                                                                                       |           |  | 保 険 者 番 号                                                                                                 |  |       |       |  |     |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                      |           |  | 被保険者番号                                                                                                    |  |       |       |  |     |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                      |           |  | 個人番号                                                                                                      |  |       |       |  |     |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生 年 月 日                                                                                                                                                              | 年 月 日     |  | 性 別                                                                                                       |  | 男 ・ 女 |       |  |     |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住 所                                                                                                                                                                  | 〒<br>電話番号 |  |                                                                                                           |  |       |       |  |     |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 福 祉 用 具 名<br>(種目名及び商品名)                                                                                                                                              |           |  |                                                                                                           |  |       |       |  |     |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 製 造 業 者 名 及 び 販 売 業 者 名                                                                                                                                              |           |  |                                                                                                           |  |       |       |  |     |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保 険 対 象 費 用 額 ①                                                                                                                                                      |           |  |                                                                                                           |  |       |       |  |     |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者負担額 ② (①×0.1 (0.2))<br>※1円未満切上げ                                                                                                                                  |           |  |                                                                                                           |  |       |       |  |     |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 保 険 支 給 額 ① - ②                                                                                                                                                      |           |  |                                                                                                           |  |       |       |  |     |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 購 入 日                                                                                                                                                                |           |  | 年 月 日                                                                                                     |  |       | 年 月 日 |  |     |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 福 祉 用 具 が<br>必 要 な 理 由                                                                                                                                               |           |  |                                                                                                           |  |       |       |  |     |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 大網白里市長 様<br>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。<br>また、この申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給申請及び受領に関する権限については、次の者に委任します。<br>年 月 日<br>住所<br>申請者<br>(兼受領委任者) 氏名 印 電話番号 ( ) |           |  |                                                                                                           |  |       |       |  |     |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 受任者の住所、事業者名、<br>代表者名及び口座振込先                                                                                                                                          |           |  | 〒<br>住所<br>事業者名<br>電話番号 ( )<br>代表者名 印                                                                     |  |       |       |  |     |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                      |           |  | 金 融 機 関                                                                                                   |  |       |       |  | 支店名 |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                      |           |  | 口 座 番 号                                                                                                   |  |       |       |  | 区 分 |  | 1 普通 2 当座 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                      |           |  | フリガナ<br>口座名義人                                                                                             |  |       |       |  |     |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                      |           |  |                                                                                                           |  |       |       |  |     |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 指 定 居 宅 介 護 支 援<br>事 業 者 確 認 欄                                                                                                                                       |           |  | 上記の申請については、介護保険法第44条第1項に規定する特定福祉用具に該当すること及び支給の申請手続が適正であることを確認します。<br>住所<br>事業者名 電話番号 ( )<br>居宅介護支援専門員氏名 印 |  |       |       |  |     |  |           |  |  |  |  |  |  |  |  |

※大網白里市記入欄

|           |           |     |
|-----------|-----------|-----|
| 保 険 対 象 額 | 支 給 決 定 額 | 備 考 |
| 円         | 円         |     |

注意

- 1 この申請書には、領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。
- 2 「福祉用具が必要」欄については、個々の用具ごとに記載してください。  
なお、欄内に記載が困難なときは、裏面に記載してください。
- 3 保険対象費用額に給付対象外経費が含まれているときは、保険支給額が減額されますのでご注意ください。