様式第６号（第７条関係）

|  |
| --- |
| 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 | 　 |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 　　　　　　　年　　　月　　　日 |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　 |
| 要介護度 | 要支援１・要支援２・要介護１・要介護２・要介護３・要介護４・要介護５ |
| 福祉用具名(種目) | 製 造 事 業 者 名 | 購　入　金　額 | 購　　入　　日 |
| 商　品　名 | 販 売 事 業 者 名 |
|  |  | 円 | 年　　月　　日 |
|  |  |
|  |  | 円 | 年　　月　　日 |
|  |  |
|  |  | 円 | 年　　月　　日 |
|  |  |
| 福祉用具が必要な理由 | 　　　　 |
| 　日置市長　　　　様　　　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申請します。　　　なお、当該申請に係る介護給付費の受領権限について、下欄の受取人に委任します。　　　　　　年　月　日申請者　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（委任者）　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　電話番号　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 注意 ・この申請書に、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。・「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。　　この申請書による上記被保険者の保険給付費の受領権限について、当事業者が受任することに同意します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受任者（受取人） | 住　所 | 〒 | 電話番号 |  |
| 事業所名 | 　　 | 登録番号 |  |
| 代表者名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振込依頼欄 |  | 銀　　行信用金庫信用組合農　　協 |  | 本　店支　店出張所支　所 | 種　　目 | 口　座　番　号 |
| 1 普通預金 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | 店舗コード | 2 当座預金 |
|  |  |  |  |  |  |  | 3 その他 |
| フリガナ |  |
| 口 座 名 義 人 |  |

【日置市確認欄】

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護区分 | 要介護　　要支援　　 | 認定期間 | 　　年 　月 　日～　　年 　月 　日 | 負担割合 | 割 | 給付制限 | □無□有 |
| 給付歴 | 残額 | 支給対象額 | 支給決定額 | 自己負担額 |
| □無　□有 | 円 | 円 | 円 | 円 |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| 窓口に来た人 | □申請者本人　□その他（氏名　　　　　　続柄　　　　　）連絡先 |