

■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(申請書番号 22)

フリガナ			被保険者番号		
被保険者氏名			性別	男	女
生年月日	年	月	要介護度状態区分	要支援 1 2	
負担割合	1割・2割・3割			要介護 1 2 3 4 5	
介護支援専門員の確認			福祉用具専門相談員の確認		
福祉用具種目名	<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトの吊り具 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能品 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助杖				
商品名			製造事業者名		
購入年月日	年	月	購入金額	円	
福祉用具種目名	<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトの吊り具 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能品 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助杖				
商品名			製造事業者名		
購入年月日	年	月	購入金額	円	
福祉用具種目名	<input type="checkbox"/> 腰掛便座 <input type="checkbox"/> 入浴補助用具 <input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトの吊り具 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器 <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能品 <input type="checkbox"/> スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 歩行補助杖				
商品名			製造事業者名		
購入年月日	年	月	購入金額	円	

合計金額 円

岬町長宛

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、下記販売事業所に委任し、その受領権を確認します。 年 月 日

住所 泉南郡岬町

申請者 被保険者氏名 印 電話番号 ( ) —

求 書 販 売 事 業 者 の 同 意 書 兼 請	岬町長宛 上記被保険者に係る介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領権限について、受任し下記の金額を請求します。なお、支給にあたっては金融機関口座に口座振込払をしてください。										
	請求金額			指定事業者番号				販売事業者名			
	円										
	金融機関名		支店名		種目		口座番号			口座名義(カナ)	
	銀行		支店		普通(通常)						
農協		本店		当座							
信用金庫		出張所		貯蓄							

(添付書類)  領収書(原本)    福祉用具サービス計画書    福祉用具のパフレット

※処理欄(以下は記入しないでください)

受付		受領		資料		等理由		制限		入力確認		申請		決定	
----	--	----	--	----	--	-----	--	----	--	------	--	----	--	----	--

(受付番号)