様式第１号（第３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（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　 　　　 日 | 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 | □　腰掛便座　　　　□　入浴補助用具 |  |  |
| □　その他（種目名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 商品名 |  | 製造事業者名 |  |
| 購入年月日 | 　　　　 年　　　　 月　　　　 日 | 購入金額 | 円 |
| 福祉用具種目名 | □　腰掛座 | □　入浴補助用具 |  |  |
| □　その他（種目名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 商品名 |  | 製造事業者名 |  |
| 購入年月日 | 　　　　 年　　　　 月　　　　 日 | 購入金額 | 円 |
| 福祉用具種目名 | □　腰掛座 | □　入浴補助用具 |  |  |
| □　その他（種目名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 商品名 |  | 製造事業者名 |  |
| 購入年月日 | 　　　　 年　　　　 月　　　　 日 | 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　　（　　　　）　　　　　―　　　　　 |

|  |  |
| --- | --- |
| 販売事業者の同意書兼請求書 | 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） |
| 銀行農協信用金庫 | 支店本店出張所 | □　普通（通常）□　当座□　貯蓄 |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

**※処理欄（以下は記入しないでください）**

（受付番号）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受付 |  | 受領 |  | 資料 |  | 理由等 |  | 制限 |  | 入力確認 | 申請 |  | 決定 |  |