

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払い用）

フリガナ		保険者番号		2	1	2	1	3	4
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女						
住所	〒								
		電話番号							
福祉用具名 (種目名及び商品名)		製造事業者名及び 販売事業者名		購入日 購入金額		福祉用具が 必要な理由			
(種目名)※該当に○ 腰掛便座(01) 自動排泄処理装置交換可能部品(02) 排泄予測支援機器(03) 入浴補助用具(04) / 簡易浴槽(05) 移動用リフトのつり具(06) (商品名)		(製造事業者名)		(購入日)					
		(販売事業者名)		年 月 日					
		福祉用具販売事業者番号		(購入金額)					
				円					
<p>(宛先) 各務原市長 上記のとおり関係書類を添えて受領委任払いにて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 なお、当該給付費の受領については下記の者に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 (委任者)</p> <p>氏名</p> <p>電話番号</p>									
<p>上記委任の件承諾しました。 なお、当該給付費の支給については既に届出済みの代理受領に係る登録口座に振り込みください。</p> <p>年 月 日</p> <p>受任者 住所</p> <p>事業者(所)名</p> <p>代表者氏名</p> <p>電話番号</p>									

【注意】・福祉用具購入費の支給は、**市の登録**を受けた福祉用具販売店で購入した場合に対象となります。

- ・この申請書に、領収書及び福祉用具のパフレット等を添付して下さい。「福祉用具が必要な理由」は個々の用具ごとに記載して下さい。また、居宅サービス計画又は特定福祉用具販売計画(指定居宅サービス等基準第214条の2第1項に規定する特定福祉用具販売計画をいう。)を添付した場合で、当該居宅サービス計画又は特定福祉用具販売計画の記載により当該申請に係る特定福祉用具が必要であると認められるときは、「福祉用具が必要な理由」の記載は必要ありません。
- ・排泄予測支援機器購入時は、医学的な所見が分かる書類及び試用状況等の確認調査(申請書、特定福祉用具販売計画等に確認調査と同様の事項を記載した場合は不要)も添付して下さい。

※市役所記入欄

受付	入力	(申請情報)	(決定情報)
		本人支払額 円	決定日 年 月 日
・	・	要介護状態区分等	保険請求額 円
		要支援1・2	利用者負担額 円
		要介護1・2・3・4・5	支給決定額 円