

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								
住所	〒								
		電話番号 — —							
種目名	商品名	製造事業者名							
福祉用具販売事業者番号		販売事業者名	購入金額	購入日					
			円	年 月 日					
福祉用具が必要な理由	□ 別添資料のとおり								
<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以下の者に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>申請者 住所 (委任者) 氏名 電話番号 — —</p> <p>上記委任の件を承諾しました。 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んでください。</p> <p>受任者 所在地 事業者(所)名 代表者氏名 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ンフレット等を添付して下さい。
- ・レンタル又は購入の選択制の対象となる福祉用具を購入する際は、「福祉用具が必要な理由」欄に「購入を選択した理由」も併せて記載してください。
- ・別添資料（「福祉用具が必要な理由」が記載された居宅（介護予防）サービス計画又は特定（介護予防）福祉用具販売計画）がある場合は、「福祉用具が必要な理由」欄の記入は不要です。
- ・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書（申請書、特定（介護予防）福祉用具販売計画等に確認調書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