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 |