様式第20号の2(第25条第1項第2号関係)

介護保険居宅介護福祉用具購入費等支給申請書(受領委任用)

　　銚子市長　様

　居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | 申請年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | 被保険者番号 | | |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  | |  | 個人番号 | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | |  | | | | | | | | | | |  | | 性別 | | 男・女 | | | | | | | | | | | | |
| 負担割合 | | 割 | | | | | | | | | | | | |
| 要介護度 | | |  | | | | | | 認定有効期間 | | | | | | | 年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者住所 | | | 〒  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 | | | | | | | | 福祉用具  購入費用額 | | | | | | 請求額 | | | | | 購入日 | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | 円 | | | | | | 円 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | 円 | | | | | | 円 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | 円 | | | | | | 円 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| 合計金額 | | | | | | | | | | | | 円 | | | | | | 円 | | | | |  | | | | | | | | |
| 福祉用具が  必要な理由 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 私(申請者)は、この申請に基づく居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領に関する権限について、次の者に委任したのでお届けします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受任者 | | 所在地  事業所名  代表者名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意　・この申請書に福祉用具のパンフレット等、納品書及び領収書の原本(購入費の１割負担分)を添付してください。

・「福祉用具が必要な理由」の欄については、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。

　上記委任に基づき、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支払を請求します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 請求者  (受任者) | 住所 |  | |
| 事業所名 |  |  |
| 代表者名 |  | 電話番号　　　　(　　) |

＜市確認欄＞※この欄は記入しないでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 給付制限 | 無・有 | 生活保護受給 | 無・有 |  |
| 福祉用具購入費申請回数 | 回目 | 福祉用具購入費支給済額 | 円 |
| 福祉用具購入品目 |  | | |
| 添付書類 | □福祉用具のパンフレット等　　□納品書 | | |
| □領収書　　□その他(　　　　　　　　　　) | | |