

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）

個人番号		被保険者番号			
被保険者名前		生 年 月 日			
フリガナ		年 月 日			
被 保 険 者 住 所					
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 金 額	購 入 日
1	(種目名)	(製造事業者名)		円	年 月 日
	(商品名)	(販売事業者名)	(事業所番号)		
	(福祉用具が必要な理由)				
2	(種目名)	(製造事業者名)		円	年 月 日
	(商品名)	(販売事業者名)	(事業所番号)		
	(福祉用具が必要な理由)				
3	(種目名)	(製造事業者名)		円	年 月 日
	(商品名)	(販売事業者名)	(事業所番号)		
	(福祉用具が必要な理由)				
<p>福山市長様 関係書類を添えて介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 また、この申請に基づく介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領については、次の者に委任します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>申請者 住所 (委任者) 名前 電話番号 () -</p>					
<p style="text-align: center;">介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費について、届け出ている指定振込口座に振り込んでください。</p> <p>(受任者) 住所</p> <p style="text-align: center;">事業所名称 (担当者)</p> <p style="text-align: center;">代表者名 (電話番号) () -</p>					

【注意事項】

- この申請書には、購入した福祉用具の内訳が明確な領収証及び福祉用具のパフレット等を添付してください。
- 「福祉用具が必要な理由」は、個々の用具ごとに記載してください。また、同一商品（歩行補助杖や固定用スロープ等）を複数購入する場合、必要な理由に加え、単価や個数を記載してください。
- 受領委任払いを利用することができるのは、次の(1)(2)を満たしている方です。
 - (1) 申請日時点において、福祉用具購入日の要介護度が確定していること。
 - (2) 購入日時点において、介護保険料滞納による保険給付の支払方法変更や制限の措置を受けていないこと。

