様式第11号(第18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【償還払・受領委任払兼用】

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | 保険者番号 | | |  | | | | | | | | 2 | | | | | 8 | | 2 | | | 0 | | | | 8 | | | 7 | | |
| 被保険者氏名 | |  | | 被保険者番号 | | | 2 | | 0 | | 8 | | | 0 | | | 0 | | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | |
| 個人番号 | | |  |  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |  |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | 要介護度 | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | 購入金額 | | | | | | 購入日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | 円 | | | | | | 年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | 円 | | | | | | 年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  | | | 円 | | | | | | 年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (あて先)相生市長  　上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給について  （　償還払・受領委任払　）にて申請します。  　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | 住所  氏名 | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意　・この申請書に、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。

　　　　※領収証には商品名及び品番も記載して下さい。

・「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載して下さい。

　　　・受領委任払の場合は、受領委任払に係る委任状も添付して下さい。

　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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼欄 | 銀行  信用金庫  農協 | | | | | 本店  支店  出張所 | | | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
| 1　普通預金  2　当座預金  3　その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | | 店舗コード | | |
|  |  |  | |  |  |  |  |
| フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | |  | | | | | | | | | | | | |

【受領委任時確認】

|  |  |
| --- | --- |
| 要件確認 | □給付制限なし　□介護保険料滞納なし　□申請時要介護（要支援）認定 |
| 申請時入院等の有無 | □なし　□医療機関入院中　　　退院（予定）日：　　　年　　月　　日  　　　　□介護保険施設入所中　退所（予定）日：　　　年　　月　　日 |
| 在宅  確認 | 退院（退所）日確認：　　年　　月　　日 |