様式第１９号の２

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 ｶﾞ ﾅ  被保険者氏名 |  | | | 被保険者番号 | |  | | |
|  | | |
| 個人番号 | |  | | |
| 生　年　月　日 | 年　　　月　　　日 生 | | | 申請時の状況 | | １　在宅　　２　入所・入院中 | | |
| 認定有効期間 |  | | | | | 要介護度等 | |  |
| 福　祉　用　具　名  （種目名及び商品名、品目名） | | | 製造事業者名及び  販売事業者名 | 購　入　金　額  （消費税込） | | | 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）前橋市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  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を申請します。また、この申請に関して現地確認の必要が生じた場合には、調査に応じます。 | | | | | | | | |
| 申請者  （受領委任事業者） | | 事業所番号 |  | | | | | |
| 所在地 |  | | | | | |
| 事業者名 |  | | | | | |
| 代表者職・氏名 |  | | 電話番号 | |  | |
| 担当者氏名 |  | | 電話番号 | |  | |
| 年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（購入日以前に委任している必要があります。）  前橋市介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払要綱の規定に基づき、上記事業者に居宅介護（予防）福祉用具購入費の申請及び受領を委任します。 | | | | | | | | |
| 委任者  （被保険者） | | 住所 |  | | | | | |
| 氏名 |  | | 電話番号 | |  | |

上記の給付費を下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | | | | | 支店名 | | | | 種目 | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
|  | | | 銀行  信用金庫  信用組合  農協 | |  | | 本店  支店  支所  出張所 | | 普通  当座 | フリガナ |  | | | | | | |
| 口座名義人 |  | | | | | | |
|  |  |  | |  |  |  | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 市記入欄 | 受付者 | 支給決定金額 | （　　　　　　　　　円　）　×　０．　　　＝　　　　　　　　　　　円 | 福祉用具の実績 |
|  |  |
| 不支給理由 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |

注１　保険対象となるのは、県の指定を受けた指定特定（介護予防）福祉用具販売事業所での購入に限ります。

　２　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ください。

　３　「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、別紙に記載してください。