

# 介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書 (受領委任払い用)

受付印

フリガナ				被保険者番号												
被保険者氏名				個人番号												
生年月日		年 月 日		要介護状態区分		要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5										
性別		男 ・ 女														
福祉用具種目		購入商品名		製造業者名		購入日		負担割合		購入金額						
① 腰掛便座						年 月 日		割		円						
② 自動排泄処理装置の交換可能部品						年 月 日		割		円						
③ 排泄予測支援機器						年 月 日		割		円						
④ 入浴補助用具	入浴用いす						年 月 日		割		円					
	浴槽用手すり						年 月 日		割		円					
	浴槽内いす						年 月 日		割		円					
	入浴台						年 月 日		割		円					
	浴室内すのこ						年 月 日		割		円					
	浴槽内すのこ						年 月 日		割		円					
	その他						年 月 日		割		円					
⑤ 簡易浴槽						年 月 日		割		円						
⑥ 移動用リフトのつり具の部分						年 月 日		割		円						
⑦ スロープ						年 月 日		割		円						
⑧ 歩行器						年 月 日		割		円						
⑨ 歩行補助つえ						年 月 日		割		円						
販売事業所名						申請額(上限10万円)				円						
福祉用具が必要な理由																
<p>(宛先)知多北部広域連合長 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。 また、上記申請に基づく給付金の受領に関する権限を、下記の受取人に委任します。 なお、この申請に関する決定通知の内容について、下記の受取人にも通知することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所</p> <p>申請者 電話番号 (            )            —</p> <p style="text-align: center;">氏名 被保険者との続柄 (            )</p>																
住所 受取人 氏名																
電話番号 (            )            —																
受領委任登録番号																
電話番号 (            )            —																

保険者記入欄

給付実績	前年度以前		今年度		給付率		支給金額	
					%		円	
係長		係		課長		受付者		