

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)

|   |   |        |        |                                      |   |   |   |   |   |                                |
|---|---|--------|--------|--------------------------------------|---|---|---|---|---|--------------------------------|
| フリガナ  |   |        | 保険者番号  | 3                                    | 5 | 2 | 1   | 5 | 3 |                                |
| 被保険者氏名  |   |        | 被保険者番号 |                                      |   |   |   |   |   |                                |
| 生年月日  | 明・大・昭                                     | 年      | 月      | 日                                    |   |   |   |   |   |                                |
| 住 所   | 〒 ー<br>周南市                                |        |        |                                      |   |   |   |   |   |                                |
| 福祉用具名<br>(種目及び商品名)  | 製造事業者名                                    | 販売事業者名 | 購入金額   | 購入年月日                                |   |   |   |   |   |                                |
|   |   |        | 円      | 令和                                   | 年 | 月 | 日   |   |   |                                |
|   |   |        | 円      | 令和                                   | 年 | 月 | 日   |   |   |                                |
|   |   |        | 円      | 令和                                   | 年 | 月 | 日   |   |   |                                |
| 福祉用具が<br>必要な理由  |   |        |        |                                      |   |   |   |   |   |                                |
| 添付資料  | <input type="checkbox"/> 領収書<br>(被保険者負担分) |        |        | <input type="checkbox"/> 福祉用具パンフレット等 |   |   | <input type="checkbox"/> 内訳書<br>(購入費全体の額がわかるもの) |   |   | <input type="checkbox"/> 代理申請書 |
| (あて先) 周南市長<br>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。<br>令和 年 月 日<br>住 所<br>申請者<br>氏 名 |   |        |        |                                      |   |   |   |   |   |                                |
| ※1.本人自署以外は押印要 TEL( ) ー  |   |        |        |                                      |   |   |   |   |   |                                |

|             |                 |   |                |
|-------------|-----------------|---|----------------|
| 委<br>任<br>欄 | 委任者<br>(被保険者本人) | 居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領を、下記の者に委任します。<br>被保険者氏名 | ※2. 本人自署以外は押印要 |
|             | 受任者             | 住所<br>受任者氏名                                 |                |

|                |  |             |  |
|----------------|--|-------------|--|
| 居宅介護支援<br>事業所名 |  | 介護支援<br>専門員 |  |
|----------------|--|-------------|--|

|             |     |     |      |         |                              |              |                              |      |     |  |
|-------------|-----|-----|------|---------|------------------------------|--------------|------------------------------|------|-----|--|
| 処 理 欄       |     |     |      |         |                              |              |                              |      |     |  |
| 認定年月日       | 年   | 月   | 日    | 要介護状態区分 | <input type="checkbox"/> 要支援 |              | <input type="checkbox"/> 要介護 |      |     |  |
| 認定期間        | 年   | 月   | 日    | ～       | 年                            | 月            | 日                            | 給付制限 | 収 受 |  |
| 支給決定額       | × = |     |      | 円       | <input type="checkbox"/> 無   |              | <input type="checkbox"/> 有   |      |     |  |
| 決<br>裁<br>欄 | 課 長 | 主 幹 | 課長補佐 | 係 長     | 係                            | 処理要旨         |                              |      |     |  |
|             |     |     |      |         |                              | 上記の通り給付いたしたく |                              |      |     |  |