**様式第1号（第6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（受領委任払用）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | 保険者番号 |  | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | |  | | 被保険者番号 |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | | 明 ・ 大 ・ 昭　　　　年　　　　月　　　　日 | | 要介護度等 |  | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒  電話番号（　　　　　　　－　　　　　　　－　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | |
| 種目 | | １　腰掛便座　　　２　自動排泄処理装置の交換可能部品　　　３ 排泄予測支援機器  　４　入浴補助具　　５　簡易浴槽　　　６　移動用リフトのつり具の部分　　７　スロープ  　８　歩行器　　　　　９　歩行補助つえ | | | | | | | | | | | | | |
| 特定福祉用具名 | | | 製造事業者名 | 購入金額 | | | | 購入日 | | | | | | | |
| ① | | |  | 円 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| ② | | |  | 円 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| ③ | | |  | 円 | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| 福祉  用具が  必要な  理由 | ①の理由 | | | | | | | | | | | | | | |
| ②の理由 | | | | | | | | | | | | | | |
| ③の理由 | | | | | | | | | | | | | | |
| 東三河広域連合長　様  前のとおり、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。  　　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒  所在地 事業所番号  申請者  （受領委任事業所）  事業所名 電話番号  代表者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上の事業所に居宅介護（予防）福祉用具購入費の請求及び受領を委任します。    被保険者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注意　　・この申請書の裏面に領収証、福祉用具のパンフレット等を添付してください。  　　　　　　・「福祉用具が必要な理由」については、個々の福祉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、裏面に記載してください。 | | | | | | | | | | | | | | | |

　居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を以下の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替  依頼欄 | 銀行・信金  　　 　 農協・漁協  　　 　 信組 | | | | 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 | | | |  | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事務  処理欄 | 負担割合 | 給付実績 | 支給決定額 |
| 割 | 有（　　　　　　　円）・無 | 円 |