

様式第3号（第4条関係）

滝沢市介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書【受領委任払い用】

年 月 日

滝 沢 市 長 様

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を受けたいので、次のとおり申請します。

申請者 住 所
氏 名
電 話

印

| | | | |
|---------------------|--------------------|--------|-------|
| 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 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 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 |
| 購入申請額合計 | 円 | 支給額 | 円 |
| 福祉用具が 必要な理由 | | | |

注意 ・この申請書に、領収証、事業者が作成した費用説明書及び福祉用具のパフレット等を貼付してください。

・「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、別紙に記載のうえ添付してください。

・介護保険証を御持参ください。

上記の居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を下記の事業者の口座に振り込んでください。

| | | | | |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------|---------|
| 口座振替依頼欄 | 銀行 信用金庫 農協 | 本店(所) 支店(所) 出張所 | 種 目 | 口 座 番 号 |
| | 金融機関コード | 店舗コード | 1 普通預金 | |
| | | | 2 当座預金 | |
| | | | 3 その他 | |
| | フリガナ | | | |
| | 口座名義人 | | | |
| 受領委任 | 上記、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領の権限を下記の事業者に委任します。 年 月 日 申請者（被保険者） 住所 氏名 印 | | | |
| | 上記申請者の居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領について、その権限を受託することに同意します。 年 月 日 事業者（販売事業者） 住所 名称（代表者） 印 | | | |

滝沢市介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費費用説明書【受領委任払い用】

(被保険者氏名)

様

滝沢市長 様

福祉用具購入に要した費用の内、購入者（被保険者）に対する請求額（自己負担額の見込額）及び滝沢市（保険者）に対する受領委任による支給申請額（居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の見込額）は、次のとおりです。

年 月 日

事業者（販売業者） 住所又は所在地
氏名又は名称
及び代表者氏名 印

| | | | |
|---------|---|---|---|
| 福祉用具名 | | | |
| 納入（予定）日 | 年 | 月 | 日 |

福祉用具購入に要した費用の総額

円

居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の対象となる購入に要した費用（上限額10万円）

円

対象となる費用の内10万円を超える部分の金額及び対象とならない費用

円

9割、8割又は7割

円

1割、2割又は3割

円

滝沢市（保険者）に対する支給申請額
（居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の見込額）

円

購入者（被保険者）に対する請求額
（自己負担額の見込額）

円

備考：この費用説明書は、販売事業者が2通作成し、購入者（被保険者）に交付してください。

購入者（被保険者）は、その内の1通を滝沢市（保険者）に提出してください。