

西条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（受領委任払用）

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号														
	被保険者番号														
	個人番号														
生年月日	年	月	日生	性別		要介護度等									
認定有効期間															
住所	〒 西条市 電話番号() -														
福祉用具名 <small>(種目名及び商品名、品目名)</small>	特定福祉用具販売 事業者指定番号	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										
福祉用具が 必要な理由															
<p>西条市長 殿</p> <p>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。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所</p> <p>申請者 氏名</p> <p>次 の 事 業 所 に 居 宅 介 護 （ 介 護 予 防 ） 福 祉 用 具 購 入 費 の 請 求 及 び 受 領 を 委 任 し ま す 。</p> <p>所在地 登録事業所番号</p> <p>事業所 事業所名 電話番号() -</p> <p>代表者氏名</p>															
居宅介護支援事業所名				担当者名				電話番号							

必要な添付書類

- ① 福祉用具購入見積書
- ② 福祉用具の購入に要した費用のうち、介護保険負担割合証に記載された負担割合に応じた対象者が自己負担した額が含まれた領収書
- ③ 福祉用具のパフレット等の写し

注 「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、裏面に記載してください。

受付

★西条市記入欄（以下は記入しないでください。）

確認事項		次のとおり決定してよろしいか。			
要介護度	支1・支2・1・2・3・4・5	年 月 日			
支給限度額	円	課長	副課長	係長	係
支給対象額	円				
自己負担額	円				
支給率	/100 ()	<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給			
支給額	円	支給決定額 円			
備考					