

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]

※太枠内の必要事項に記入して下さい。訂正する場合は、二重線で抹消し訂正印を押印して下さい。

フリガナ		保険者番号		2	8	2	1	9	4
被保険者氏名		被保険者番号							
		個人番号							
生年月日	明・大・昭 年 月 日								
住 所	〒 _____				電話番号 _____				
	三田市								
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		令和 年 月 日			
				円		令和 年 月 日			
				円		令和 年 月 日			
		合計購入金額		円					
三田市長 あて									
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。									
令和 年 月 日							受付印押印欄		
住所									
申請者 (被 保険者)									
氏名 (自署)									

(※)本人が手書きしない場合は、記名押印してください。

※居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領方法

事前承認申請書の同意書にて同意した事業者(受任者)は、別途、あらかじめ立替事業に係る同意について三田市長との間において「同意書」を締結済。当該同意書に記載の口座に振込みをするものとする。

【注意事項】

支給申請書に下記の書類を添付してください。

- ①領収書(福祉用具購入に要した費用にかかるもので被保険者名あてのもの(コピーでも可))
- ②介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費立替事業利用承認通知書(コピーでも可)

(三田市記入欄)

書類確認	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 承認通知書								
認定結果	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5								
負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割			送付先	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
①合計購入金額	円		③利用者負担額	円		備考	□在宅□その他()		
②支給基準額	円		④給付額	円			(確認先:)		
令和 年 月 日									
上記支給申請について、次のとおり決定してよろしいか(伺い)									
支給決定額 円									
<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給[理由: _____]									
課長		係長		主査	係	保険料	完結年月日		台帳
							令和 年 月 日		NO.