第７号様式(第１０条第１項)

（表）

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)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | 保険者番号 | | | | １ | ２ | ２ | ２ | | ５ | | | ９ |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| ふりがな | |  | | | | | | | | | 被保険者番号 | | | |  |  |  |  | |  | | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 被保険者氏名 | |  | | | | | | | | |
| 個人番号 | | | |  |  |  |  | |  | | |  |  | |  | |  | |  | |  | |  |
| 生 年 月 日 | | 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 | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が  必要な理由 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 君津市長　　　　　　　　様  　　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。  また、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給の申請及び受領に関する権限については、  次の登録事業者に委任します。  　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者 | 住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 登録事業者 | 所　 在　 地  登録事業者名  氏名(代表者)　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 金融機関名 | | | | | | | | 支店名 | | | | | 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 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記の申請については、介護保険法第44条第1項又は第56条第1項に規定する特定福祉用具に  該当すること及び支給の申請手続が適正であることを確認します。  所　 在　 地  登録事業者名  居宅介護支援事業者氏名　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

（裏）

注意

1　この申請書には、領収証の写し及び居宅介護支援事業者等が作成した福祉用具が必要と認められる理由を記載した書類、福祉用具のパンフレット等を添付してください。

2　「福祉用具が必要な理由」欄については、個々の用具ごとに記載してください。なお、欄内に記載が困難なときは、裏面に記載してください。