

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	カイゴ イチロウ	保険者番号	012021									
被保険者氏名	介護 一郎	被保険者番号	0001234567									
		個人番号										
生年月日	昭和11年 2月 3日		要介護度等		要介護3							
認定有効期間	令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇〇日											
住 所	函館市東雲町4番13号						電話番号 0138-21-3036					
福祉用具名 (種目名及び商品名)	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						
入浴補助用具 浴槽台〇〇(商品名) (TAISコード 00001-111222)	0123456789	株式会社▲▲▲ 福祉用具貸与事業所☆☆		50,000 円		令和□年□月△日						
(TAISコード)				円		年 月 日						
(TAISコード)				円		年 月 日						
福祉用具が 必要な理由	被保険者の身体状況や福祉用具を使用することによる効果等について記入してください。(欄内に書ききれない場合は別紙に記入しても結構です。)											
函館市長 様 前のとおり、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 〒 041-0806 所在地 函館市美原〇丁目〇番〇号 事業所番号 0123456789 申請者 (受領委任事業所) 事業所名 福祉用具貸与事業所☆☆ 電話番号 〇〇〇〇-XXXX-XXXX 代表者氏名 福祉 太郎 申請者は受領委任事業所です。												
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 被保険者氏名 介護 一郎 委任者は被保険者本人です。												

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。

函館市記入欄

負担割合	購入費用額	前回支給額	支給決定額	備 考
	この欄は記入しないでください			