

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	〒 ー 西条市 電話番号() -																		
福祉用具名 (種目名及び商品名、品目名)	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												
					円		年 月 日												
					円		年 月 日												
					円		年 月 日												
福祉用具が 必要な理由																			
西条市長 殿 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。 年 月 日 住 所 申請者 氏 名 ㊞ 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。 所在地 登録事業所番号 事業所 事業所名 電話番号() - 代表者氏名																			
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
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 ()				
支給額	円				
備 考					

☐ 支給

☐ 不支給

支給決定額 円