

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

被保険者	フリガナ 氏名	性別	男	保険者番号					
		女		被保険者番号					
	個人番号								
住所	電話			生年月日	明治・大正・昭和				
				年 月 日	年 月 日				
特定 (介護予防) 福祉用具	用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	上段:販売額(税込) 下段:被保険者負担額		購入日				
			円		年 月 日				
			円		年 月 日				
			円		年 月 日				
特定 (介護予防) 福祉用具が 必要である 理由									
添付書類	<input type="checkbox"/> 特定(介護予防)福祉用具の購入に要した費用に係る被保険者負担額の領収証(宛名は被保険者名)			<input type="checkbox"/> 指定特定(介護予防)福祉用具販売事業者から交付された販売証明書					
	<input type="checkbox"/> 特定(介護予防)福祉用具の概要を記載した書面(パンフレット等)			<input type="checkbox"/> 洪川市所定の請求書兼受領委任払制度に係る委任状					
上記のとおり居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給の申請をします。									
年 月 日		申請者 住所							
洪川市長		様 (被保険者) 氏名							

(手続の流れ) 指定特定(介護予防)福祉用具販売事業者から受領委任払制度の承諾⇒販売事業者から購入⇒被保険者負担額支払⇒支給申請⇒市から支給決定通知⇒市から販売業者に支払通知⇒市が販売業者に福祉用具購入費支払

以下洪川市記入欄

様

受付番号

上記の支給申請について、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給を次のとおり決定します。

提出された請求書兼受領委任払制度に係る委任状に基づき、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領の権限を委任した販売業者に対し、D欄の福祉用具購入費を当該販売業者の指定預貯金口座に振り込みます。

A	購入総費用(税込)	円
B	購入総費用のうち 介護保険給付対象額(税込)	円
C	福祉用具購入費支給上限額	円
D	福祉用具購入費支給額 (市が販売業者に支払う額)	円
E	被保険者負担額	円

$B \times \frac{\quad}{100}$  (円未満切捨)  
 ※Cを超えた場合はCの額  
 $A - D$

年 月 日

洪川市長

印

