

様式第2号（第5条関係）

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）

受付番号

フリガナ				被保険者番号		
被保険者氏名				負担割合	割	
生年月日				電話（ ） —		
住所	〒			電話（ ） —		
種目名	福祉用具名 (商品名)	製造業者名	購入金額	購入日		
			円	年	月	日
			円	年	月	日
			円	年	月	日
購入金額合計			円			
福祉用具が必要な理由 (用具ごとに記載)						
必要書類	<input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 見積書（内訳の明細が分かるもの） <input type="checkbox"/> パンフレット（写しも可）					
糸島市長 様 上記のとおり必要書類を添えて、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 なお、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の請求及び受領に関する権限を下記の福祉用具提供事業者に委任します。 年 月 日 申請者（被保険者） 氏名 印 ※署名（自筆）の場合は、押印する必要はありません。						
上記の委任に基づき、居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を代理受領することについて、承諾します。 受任者（福祉用具提供事業者） 名称 代表者氏名 印 住所又は所在地 電話（ ） —						
窓口に来られた方	氏名 (被保険者との関係) 住所 電話（ ） —					

保険者処理欄

受付年月日	給付制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	介護度	支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5	
	滞納	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	今回購入費用査定額（10万円を限度）	A	円
	既支給種目		既に支給した福祉用具購入費の総額	B	円
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		支給限度基準額の残額（10万円-B）	C	円
	種目（ ）		保険給付対象額 (AまたはCのいずれか低い額)	D	円
	購入日（ ）		支給決定額（D× 9・8・7 割）		円