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 | |  | | | | 保険者番号 | |  | | | | 2 | 6 | 2 | 1 | 2 | 1 |
| 被保険者氏名 | |  | | | |
| 被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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) | | | | 製造事業者名又  は販売事業者名 | 購入金額 | | | | 購入日 | | | | | | | | |
|  | | | |  | 円 | | | | 年　　 月　　 日 | | | | | | | | |
|  | | | |  | 円 | | | | 年　　 月　　 日 | | | | | | | | |
|  | | | |  | 円 | | | | 年　　 月　　 日 | | | | | | | | |
| 総費用額 | | | | 円 |  | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 京丹後市長　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受領委任払いにて申請します。  　なお、当該申請に基づく請求及び受領に関する権限を下欄の受取人に委任します。  　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | | | 住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | |

注1　この申請書の裏面に、領収証及び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」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、裏面に記載して下さい。

受取人

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住　所 |  | |
| 事業者名・代表者氏名 |  | 印 |

市役所記入欄

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 区分 | 保険料納付状況 | 備考 |
| 1　一般  2　支払方法の変更  3　給付額減額 | 滞納保険料  有　・　無 |  |

様式第3号（第5条関係）

同意書

(介護保険福祉用具購入費受領委任払用)

　京丹後市長　　様

　　年　　　月　　　日

　(被保険者)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　が、特定福祉用具を購入するにあたり、被保険者に便宜を図るとともに制度利用を促進するため、下記の通り受領委任払いにより取扱うことに同意します。

記

1. 販売後は、介護保険の特定福祉用具を購入する被保険者から、個々の居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の保険対象になる購入費用の自己負担額の請求及び受領を行い、個々の当該購入費用の保険給付額については京丹後市から受領します。

販売業者

　住所地

　名称

　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

　電話番号

様式第6号（第7条関係）

請求書

　下記のとおり請求いたします。

　　年　　　月　　　日

　　京丹後市長　　　　様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 住所 |  | |
| 事業者名 |  | |
| 代表者氏名 |  | 印 |

請求金額　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円

　介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費(受領委任払)として

　内訳

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者氏名 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | 請求額 | | 備考 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 円 |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 福祉用具名  （種目名及び商品名） |  |

福祉用具購入費を下記の口座に振り込んで下さい。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替  依頼欄 | 金融機関名 | | | | 本店  支店 | | | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
|  | | | | 1普通預金  2当座預金 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | |