

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書(受領委任払い用) 捨印

記入例(受領委任払い)

| | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------|-----------|------------------------|--|---------------------------|------------|------|---------|--|--|
| フリガナ | | 保険者番号 | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | 被保険者番号 | | | | | | | | |
| 要介護度 | 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5 | 有効認定期間 | 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで | | | | | | | |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | 性別 | 男・女 | | | | | | | |
| 住所 | 〒 電話番号 () | | | | | | | | | |
| 福祉用具の種目 商 品 名 | | | 製造事業者名 | | | 購入年月日 | | | | |
| | | | | | | 令和 年 月 日 | | | | |
| 販売価格(10割) | | | 自己負担額(端数切り上げ) | | | 保険請求額(-) | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 | | | | | | | | | | |
| 福祉用具の種目 商 品 名 | | | 製造事業者名 | | | 購入年月日 | | | | |
| | | | | | | 令和 年 月 日 | | | | |
| 販売価格(10割) | | | 自己負担額(端数切り上げ) | | | 保険請求額(-) | | | | |
| | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 | | | | | | | | | | |
| 保険請求額合計(の合計金額) 円 | | | | | | | | | | |
| 販売事業所名 (受領委任払い取扱登録販売所名) | | 電話番号 () | | | | | | 村上市登録番号 | | |
| 指定事業所番号 | | (担当相談員:) | | | | | | | | |
| 村上市長 あて 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。 なお、この申請に基づく居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給の受領について次の者に委任します。 令和 年 月 日 申請者 住所 (被保険者) 氏名 電話番号 所在地 事業者名称 電話番号 (受任者) 代表者 | | | | | | | | | | |
| 口座振替 依頼欄 | 銀行・信金 労金・農協 漁協・信組 | | 本店支店 出張所 | | 種別 | | 口座番号 | | | |
| | 金融機関コード | | 店舗コード | | 1 普通預金 2 当座預金 3 その他 | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | |
| | 口座名義人 | | | | | | | | | |

購入年月日時点で有効な介護保険証を確認し、被保険者ご本人の氏名・被保険者番号・要介護度・認定期間・生年月日・性別・ご住所等を記入してください。

購入した福祉用具について、それぞれご記入ください。

- ・種目、商品名、製造事業者名について正確に記入してください。
- ・購入年月日は納品日ではなく、実際に代金の支払いをした日(領収証の日付)を記入してください。
- ・計算例を参照し、福祉用具ごとにそれぞれの金額を記入してください。
 = 10割分の販売価格
 = 自己負担額(端数切り上げ)
 = -
- ・購入した福祉用具について、福祉用具ごとに必要な理由を記入してください。利用者本人の身体機能や生活動作の困難な点にふれたうえで、その用具の選定理由や効果について詳しく記入してください。書ききれないときは、裏面に記入してください。

購入した月が異なる場合は、月ごとに申請書が必要です。

販売事業所の名称、指定事業所番号、村上市登録番号等を記入してください。問い合わせさせていただく場合がありますので、担当された福祉用具専門相談員の方のお名前を記入してください。

被保険者ご本人の住所、氏名等を記入し、印鑑(認印でも可)を捺してください。同じ印鑑を捨印欄にも捺してください。

受領委任払いを取り扱う販売事業所の名称、所在地、代表者名等を記入し捺印してください。口座振替依頼欄には振込を希望する口座の情報を記入してください。

申請書に添付書類を添えて提出してください。
・領収証は、申請時にその場で原本を提示すれば、提出は写しでも差し支えありません。

《注意》 添付書類 ・自己負担分の領収証(原本) 宛名は、被保険者本人。「上様」「名字」のみは不可。
 ・パンフレット(コピー可。「商品名」「定価」「型番」「製造事業者名」が記載されているもの)
 ・特注品の場合は設計書、内訳書、完成品の写真等
 「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。枠内に記載が困難な場合は裏面に記載して下さい。

| | | | | | | | | |
|------------------|---------------------------------|---|---------|---------------------------------|-------|----|----|----|
| 市 処 理 欄 | 領収書 パンフレット 写真等(特注品) 在宅 | 保険料滞納 有・無 他サービス 有・無 種別 1号・2号 要支援()・要介護() | 今年度給付実績 | 支給決定 | 決 裁 欄 | | | |
| | | | | 決定日 年 月 日 支払日 年 月 日 支給額 円 | 課長 | 補佐 | 係長 | 係員 |

市で記入する欄ですので、記入しないでください

【問い合わせ先】
 〒958-8501 村上市三之町1番1号
 村上市介護高齢課 介護保険室
 電話 0254-53-2111 (内線3411、3412)
 FAX 0254-53-3840
 Email: kaigo@city.murakami.lg.jp