第2号の1様式

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）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | | | | 氏名 | | | | 申請日 | | | 年　　　月　　　日 | | |
|  |  | |  | |  | |  |  |  |  | |  |  |  | | | |
| 生年月日 | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 住所 | | 〒  　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要支援・要介護度状態区分 | | | 要支援　１ ２  要介護　１２３４５ | | |
| 購入年月日 | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | 購入事業者 | （福祉用具専門相談員名） | | | | | 委任払い届出 | □有  □無 |
| 支給限度基準額 | | | | | | | 既支給対象額 | | | | | | | | | 支給対象額① | | 支給額  (①×　　) | | | 利用者負担額  (①×　　) | | 支給限度額基準残額 | |
| 円  １００，０００ | | | | | | | 円 | | | | | | | | | 円 | | 円 | | | 円 | | 円 | |
| 種類・名称 | | | | | | | 商品名等 | | | | | | | | | 製造事業者名 | | 購入金額 | | 購入理由 | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | 円 | |  | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | 円 | |  | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | 円 | |  | | | | |
| 合計 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 円 | |  | | | | |
| 恵庭市長　様  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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者  （被保険者） | | | | | | | | | | | | 住所  氏名  電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所名  　担当者    介護支援専門員    電話番号  上記申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給額の受領を、下記事業者に委任します。  事業者名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**福祉用具支給申請　恵庭市記入欄**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 添付書類の確認 | □ 特定福祉用具販売計画又は居宅サービス計画（第1表）（第2表）（第4表）  □ 請求書　□ 領収書　□ 福祉用具のパンフレット | | | | | |
| 負担割合 | □ １割　□ ２割　□ ３割 | | | | | |
| 給付費支出科目 | □　介護予防福祉用具購入費　　　　□　居宅介護福祉用具購入費 | | | | | |
| 次のとおり決定（却下）してよろしいか伺います。 | | | | | | |
| 支給決定額 | 円 | 決裁 | 課長 | 主査 | スタッフ | 合議 |
|  |  |  |  |
| 支給決定日 | 年　　　月　　　日 |
|