

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	
	住 所	〒				電話番号		生年月日	年 月 日
		要支援・要介 護度状態区分		要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5			
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	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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						
<p>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。</p> <p>申 請 者 住 所 _____ (被保険者) 氏 名 _____ 電話番号 _____</p> <p>担 当 者 居宅介護支援事業所名 _____ 介護支援専門員 _____ 電話番号 _____</p> <p>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。</p> <p>事業者名 _____</p>									

福祉用具支給申請 恵庭市記入欄

添付書類の確認	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 請求書 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 福祉用具のパンフレット					
負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割					
給付費支出科目	<input type="checkbox"/> 介護予防福祉用具購入費 <input type="checkbox"/> 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					