様式第57号

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書 | 償還 | 受領委任№ | 捨印 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 保険者番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | １ | | | | １ | | ３ | | | | | ４ | | | １ | | | ５ |
| 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 | | | | | 平成 　年 　月 　日から平成　　年 　月 　日まで | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | 明・大・昭　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 負担割合 | | | | | １割・２割 | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | | | | | | 男・女 | | | | | | | |
| 住所 | | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具の種目 | | | | | | | | | | | | | 製造事業者名 | | | | | | | | | | | | | | | 販売価格(10割) | | | | | | | | | | | | | | | 購入年月日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 商品名 | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |  | |  |  | | | 円 | | | | 平成　　 年 　　月 　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |  | |  |  | | | 円 | | | | 平成　　 年　 　月 　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  |  | |  |  | | | 円 | | | | 平成　　 年　 　月 　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 販売価格合計　　　　　(A) | | | | | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | 円 | | | 同年度の対象残額  (B) | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | 円 | | |
| 基準額  (Ａ)と(Ｂ)のうち少ない方の額　(C) | | | | | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | 円 | | | 利用者負担額　(D)  (実際に事業所に支払った額) | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | 円 | | |
| (保険対象分)自己負担額  (Ｃ)×0.1又は0.2　※端数切り上げ(E) | | | | | | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | | 円 | | | 保険請求額  (Ｃ)－(Ｅ)　　　(F) | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | |  | | |  | | | | |  | | 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　　　(　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 滑川町登録番号 | | | | | | | | |
| 指定事業所番号 | | | | | | | |  | |  | |  | |  | | |  | | |  |  | |  | | |  |  | | | (担当相談員：　　　　　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （あて先）滑川町長  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。  　　　　　平成　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (被保険者) 〒  住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　印  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | (代行者) 〒  住所  事業者名等  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 委任状/承諾書 | | | 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。  　平成　　　年　　　月　　　日  委任者（被保険者）氏名　　　　　　　　　　　　　　　印  上記の者より委任された居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領を承諾します。  受任者  (口座名義人)住所  事業者名等  代表者 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | １ 口座番号　　２ 債権者コード | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1　普通預金  　2　当座預金  　3　その他 | | | | | | |  | | |  | | |  | | | |  | | | |  | | | | |  | | | |  | |
| 金融機関コード | | | | | | | | 店舗コード | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | |  |  | |  | |  | | | | | | | | |  | | | | | |  | | | | | | |
| フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

《注意》○添付書類　・自己負担分の領収証(原本)

　　　　　　　　　　・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、適宜用紙を追加してご記載ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 町処理欄 | □　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 |
|  | 決定日　　　年　　　月　　　日 |
| 支払日　　　年　　　月　　　日 |
| 支給額　　　　　　　　　　　円 |