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 |