様式第６号（第10条関係）

**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)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 保険者番号 | | | | 蟹江町 | | | | | | | | | 2 | | 3 | | 4 | | 2 | | 5 | | 2 | |
| 被保険者氏名 |  | |
| 個人番号 |  | | 被保険者番号 | | | | ２ | | ５ | | | ０ | | ０ | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 | | 性別 | | 男　　・　　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特定福祉用具名  (種目名及び商品名) | | 製造事業者名 | | 購入金額 | | | | | | | 購入日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | 円 | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | 円 | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | 円 | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特定福祉用具販売事業者名 | | 販売事業所番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (あて先)蟹江町長  　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。  　なお、当該給付費の受領については下記の者に委任します。  　　　　　　年　　　月　　　日  申請者(委任者)  住所  氏名　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (あて先)蟹 江 町長  　上記委任の件を承諾しました。  　なお、当該給付費の支給については、既に届出済みの代理受領に係る登録口座に振り込みください。  　　　　　　年　　　月　　　日  受取人(登録事業所)  事業所名  所在地  代表者名　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意・この申請書に以下の書類を添付して事前申請をしてください。

　　　①領収書②福祉用具購入に係る総費用額明細書兼確認書(様式第７号)

　　　③福祉用具のパンフレット等の写し

　　・「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下さい。

［蟹江町処理欄］

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 要介護　・　要支援 | | 保険料未納額 | 有　　・　　無 |
| 費用額 | 円 | 同一種目制限 | 有　　・　　無 |
| 支給額 | 円 | 振込予定日 | 年　　月　　日 |
| 添付書類 | 領収書　・　総費用額明細書兼確認書　・　パンフレット | | |