

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|-----------|--------|-------|--------------------------|------|---|---|---|----|---|---|---|
| フリガナ | スソノ タロウ | | 保険者番号 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 8 | | | | |
| 被保険者氏名 | 裾野 太郎 | | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 生年月日 | 明治 | 大正 | 昭和 | 12 | 年 | 3 | 月 | 4 | 日 | 性別 | 男 | 女 | |
| 住所 | 〒 410-1234 裾野市〇〇〇〇1-2-3 電話番号 055-990-1234 | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名 (種目及び商品名) | 補高便座 (腰掛便座:安心座れる君) | | | | 入浴用椅子 (入浴補助用具:楽に流せ〜る) | | | | | | | | |
| 製造事業者名 | スソノ制作株式会社 | | | | 有限会社 スソノケア | | | | | | | | |
| 販売事業者名 | 株式会社フジスソ | | | | 株式会社フジスソ | | | | | | | | |
| 保険対象費用額① | 30,000 円 | | | | 15,000 円 | | | | | | | | |
| 自己負担額②(①×0.1) ※1円未満切り上げ | 3,000 円 | | | | 1,500 円 | | | | | | | | |
| 保険支給額(①-②) | 27,000 円 | | | | 13,500 円 | | | | | | | | |
| 購入日 | 平成 〇〇 年 〇 月 〇〇 日 | | | | 平成 〇〇 年 〇 月 〇〇 日 | | | | | | | | |
| 申請者(受領委任者) | 裾野市長 様 上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給を申請します。 また、この申請に基づく居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給申請及び受領に関する権限については、次の受取人に委任します。 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 住所 裾野市〇〇〇〇1-2-3 氏名 裾野 太郎 (印) 電話番号 055-990-1234 | | | | | | | | | | | | |
| 受取人(福祉用具販売事業者) | 〒 410-0000 所在地 〇〇市〇〇〇〇10-9-8 名称 株式会社 フジスソ (印) 代表者氏名 駿河 六郎 (印) 電話番号 000-000-0000 | | | | | | | | | | | | |
| ※ 居宅介護(予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。 | | | | | | | | | | | | | |
| 振込先 口座 | フリガナ | 銀行 | 農協 | 本店 | 種目 | 口座番号 | | | | | | | |
| | 口座名義人 | 信用金庫 | 信用組合 | 出張所 | 普通・当座 | 0 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | |
| カブシキガイシャ フジスソ | | 株式会社 フジスソ | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護支援事業者 確認欄 | 上記の申請については、介護保険法第44条第1項または第56条第1項に規定する特定福祉用具に該当すること及び支給申請手続きが適正であることを確認します。 所在地 裾野市〇〇〇〇7-8-9 名称 居宅介護事業所 裾野ケアセンター 介護支援専門員氏名 介護 五郎 (印) | | | | | | | | | | | | |
| 裾野市記入欄(以下記入不要) | | | | | | | | | | | | | |
| 状態区分等 | 有効期間 | 保険対象金額 | 本人負担額 | 支給決定額 | 備考 | | | | | | | | |
| | ~ | | | | | | | | | | | | |