

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払い支給申請書

フリガナ 被保険者氏名	ヨウウ タロウ		保険者番号	2	3	2	0	2	5
	予防 太郎		被保険者番号	0	0	0	0	0	0
生年月日	明・大・昭 ○○年 ○○月 ○○日								
住所	岡崎市○○町字○○○○番地○○								
福祉用具種目・商品名			製造事業者名	購入金額		購入日			
肘掛け付シャワーチェアー			○○○○	24,000円		令和 ○年 ○月 ○日			
バスボード○○			△△△△	16,000円		令和 ○年 ○月 ○日			
				円		令和 年 月 日			
当該福祉用具が必要な理由									
要介護度	身体状況等： 脳梗塞後遺症により、右半身に麻痺。歩行や立ち座りが不安定で転倒の危険性が高く、本人は入浴に対する不安を感じている。								
要支援（ ）	目的・効果等： 一般の入浴イスでは座位が不安定なため肘掛け付シャワーチェアーを使用し洗身時の体位安定を図る。また、浴槽の出入りの際の転倒を防ぐため、バスボードを導入する。								
要介護（ 1 ）									
記入者	所属・氏名 ○○居宅介護支援事業所 ○○ ○○			資格 (介護支援専門員・福祉用具専門相談員・その他 ())					
特定福祉用具販売事業者及び受取人（受領委任事業者）									
〒	444-8601			受領委任登録番号		○○			
住所	岡崎市十王町二丁目9番地			指定事業所番号					
事業所名	○○○福祉用具貸与事業所			0000000000					
代表者職氏名	取締役 介護 花子								
(宛先) 岡崎市長									
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。また、この申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する権限については、上記の受取人（受領委任登録事業者）に委任します。									
令和 ○年 ○月 ○日									
申請者	住所 岡崎市○○町字○○○○番地○○								
	氏名 予防 太郎			電話番号 ○○-○○○○					
※本人が手書きしない場合は、記名押印してください。									

※ 当該福祉用具購入費の支給を受けるには、太枠内を記入の上、この申請書の他に、当該福祉用具販売の領収書（商品名を明記のこと）、パンフレット等を提出する必要があります。

保険者（岡崎市）確認欄	保険者受付印	被保険者自己負担額計
<input type="checkbox"/> 申請書（印・金額・理由） <input type="checkbox"/> 領収書（金額・日付・但書・社印・商品名） <input type="checkbox"/> パンフレット等（商品名・定価・製造事業者）		円
		購入日
		令和 年 月 日