

福祉用具購入費支給申請書

(受領委任払い用)

太枠内のみ記入してください。

保険者番号	4 6 2 1 4 3	被保険者番号	2 1 4									
フリガナ												
被保険者氏名							生年月日	年	月	日	性別	
住所	〒 -						電話番号	-	-			
※2 当該福祉用具の 種目, 商品名, 製造事業者及び 購入年月日	・種目 ・商品名 ・製造事業者の住所 ・" 名称 ・購入年月日 令和 年 月 日											
※2 購入費費用	購入費用合計						うち被保険者負担分(負担割合 割)					
	円						円					
※1 必要な理由												
※1 確認者	〒 -						事業所番号					
指定居住介護 支援事業者等	住所						電話番号					
介護支援専門員	事業所名						- -					
	介護支援専門員氏名											
垂水市長 様 上記のとおり関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請します。 また、当該申請に基づく福祉用具購入費支給申請及び受領に関する権限を下欄の受取人に委任します。 令和 年 月 日 申請者 住所 (兼受領委任者) 氏名												

※2 受取人の 住所	〒 -	事業者番号									
	住所	受領委任払契約番号									
事業者名	福祉用具 事業者名						電話番号				
代表者氏名	代表者氏名						- -				

裏面の注意事項をご覧ください。

確認事項	上記申請について、下記のとおり決定してよろしいか。								
・ 認定結果 要支援 1, 2 要介護 1, 2, 3, 4, 5 ・ 支給限度基準額残 円 ・ 費用額 円 ・ 給付率(負担割合 割) /100	<input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給								
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 25%;">課長</td> <td style="width: 25%;">補佐</td> <td style="width: 25%;">係長</td> <td style="width: 25%;">係</td> </tr> <tr> <td style="height: 30px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	課長	補佐	係長	係				
課長	補佐	係長	係						
	支給決定額 円								

注 意 事 項

1. 福祉用具を購入される方に

- 保険料を完納されていない方で、支払い方法の変更により償還払い給付となっている方は利用できません。
- 各年度の福祉用具購入費支給限度基準額の未利用分の範囲内において利用できます。
- 各年度の福祉用具購入費支給限度基準額を超える場合は全額自己負担となります。

2. 福祉用具事業者の方に

- 垂水市と福祉用具購入受領委任払い契約を締結している福祉用具事業者から購入をした場合のみ、この申請をすることができます。
- 利用後は、この申請書の「うち被保険者負担分」欄に記載した額を徴収し、領収書を交付して下さい。
- 福祉用具を販売した事業者は、この申請書に
 - (1) 当該福祉用具の概要を記載したパンフレット等の書類
 - (2) 当該福祉用具購入費用のうち、要介護被保険者等負担分の領収書の写し
 - (3) その他市長が必要と認められる書類

等と添付し、完成月の翌月の10日(閉庁日にあたる場合は、その次の開庁日)までに申請してください。

- 申請者欄の記載がない申請はできません。

(注) この申請書の「※2」の欄に記載をお願いします。

3. 指定居宅介護支援事業者等の介護支援専門員(確認者)の方に

- この申請にあたっては、購入する要介護被保険者等の介護状況等に基づき適切と判断される福祉用具について十分説明し、当該要介護被保険者等や家族の希望を聞きながら購入する福祉用具を選び、申請書の確認者欄へは必ず記載をしてください。
- 垂水市と福祉用具購入費受領委任払い契約を締結している福祉用具事業者から購入した場合のみ、この申請をすることができます。

(注) この申請書の「※1」の欄に記載をお願いします。