

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

請求金額		円														
フリガナ			保険者番号													
被保険者氏名			被保険者番号													
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	性別	男・女										
住所	〒															
	電話番号															
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名		購入金額	購入日												
			円	平成	年	月	日									
			円	平成	年	月	日									
			円	平成	年	月	日									
福祉用具が 必要な理由																
受取人の 住所 業者名 代表者名 振込先口座	〒		住所													
	業者名		電話番号													
	代表者名		印													
	銀行	支店	種目	口座番号												
	農協	支所														
信用金庫	出張所	1普通預金														
金融機関コード	店舗コード	2当座預金														
		3その他														
	フリガナ	口座名義人														
<p>名張市長様 上記のとおり申請します。 また、当該申請にもとづく福祉用具支給申請、受領に関する権限を上欄の受取人に委任します。</p> <p>平成 年 月 日 住所 申請者 氏名</p> <p>印 電話番号</p>																
※裏面の注意事項をご覧ください。		<p>名張市記入欄 上記申請について、下記のとおり決定してよろしいか。</p> <p>平成 年 月 日</p> <table border="1"> <tr> <td>室長</td> <td>係長</td> <td>室員</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">支給決定額</td> <td>円</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> 支給 <input type="checkbox"/> 不支給 理由</p>						室長	係長	室員				支給決定額		円
室長	係長	室員														
支給決定額		円														

## 注 意 事 項

### 1. 利用される方に

- ・自己負担分の支払いが困難な場合は、事前にご福祉用具販売業者・市にご相談の上、受領委任の了解を得てこの申請書をご利用ください。
- ・保険料を完納されていない方で、介護保険サービスを償還払い給付となっている方は利用できません。
- ・介護保険福祉用具購入対象品目以外の用具や限度額(年度内10万円)を超えての費用においては、全額自己負担となります。

### 2. 福祉用具販売業者の方に

- ・納品後、この申請書により当市へ介護保険福祉用具購入費にかかった費用の9～7割份を請求下さい。ただし、介護保険福祉用具購入対象品目以外の用具や限度額(年度内10万円)を超えての費用においては、本人全額自己負担となりますので申請はできません。
- ・納品後「被保険者負担分」欄に記載した額(1～3割份)を本人より徴収し、領収書を交付してください。
- ・支給申請のあったものについては審査し、毎月末締めで、翌月15日頃支払いいたします。

※この申請書以外に次の書類を添付してください。

1. 領収書(本人負担1～3割份)
2. 福祉用具の概要を記した書面(パンフレット可)