**介護保険　特定介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書【受領委任払い】**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 | ２８３０１０ |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 | ００００ |
| 生年月日 | 明・大・昭　 年　　月　　日 生 | 要介護度 | 要支援　　　・要介護 |
| 性別 | 男　　・　　女 | 負担割合 | １割　・　２割　・　３割 |
| 住所 | 〒電話番号 |
| 種目 | 製造事業者名 | 購入金額 | 購入日 |
| 商品名 | 販売事業者名 |
|  |  | 　　　　　　　　　円 | 　　　年 月　　　日 |
|  |  |
| ＴＡＩＳコード | 　　　　　　― |
|  |  | 　　　円 | 　　　年 月　　　日 |
|  |  |
| ＴＡＩＳコード | 　　　　　　― |
| **※3つ以上購入する場合は裏面へ記載してください。** |
| 福祉用具が必要な理由 | 特定（介護予防）福祉用具サービス計画書を添付 |
| 　猪名川町長　様　　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。　　　年　　　月　　　日申請者　　　　住　所 （被保険者） 　 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　印　 |

**※　申請の際、福祉用具サービス計画書等及び領収書、福祉用具のパンフレット等、委任状及び受任承諾書、請求書を添付してください。**

<<　町記入欄　>>

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 受　付 | 購入済額の有無 | 負担割合 | 費　用　額 | 円 | 備　考 |
|  | 有　・　無残額（　　　　　　　円） | １・２・３割 | 本人負担額 | 円 |  |
| 支給決定額 | 円 |

**※３つ以上購入する場合は下欄に記載してください。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 種目 | 製造事業者名 | 購入金額 | 購入日 |
| 商品名 | 販売事業者名 |
|  |  | 　　　　　　　　　円 | 　　年 月　　　日 |
|  |  |
| ＴＡＩＳコード | 　　　　　　― |
|  |  | 　　　円 | 　　年 月　　　日 |
|  |  |
| ＴＡＩＳコード | 　　　　　　― |
|  |  | 　　　　　　　　　円 | 　　年 月　　　日 |
|  |  |
| ＴＡＩＳコード | 　　　　　　― |
|  |  | 　　　円 | 　　年 月　　　日 |
|  |  |
| ＴＡＩＳコード | 　　　　　　― |
|  |  | 　　　　　　　　　円 | 　　年 月　　　日 |
|  |  |
| ＴＡＩＳコード | 　　　　　　― |
|  |  | 　　　円 | 　　年 月　　　日 |
|  |  |
| ＴＡＩＳコード | 　　　　　　― |
|  |  | 　　　　　　　　　円 | 　　年 月　　　日 |
|  |  |
| ＴＡＩＳコード | 　　　　　　― |
|  |  | 　　　円 | 　　年 月　　　日 |
|  |  |
| ＴＡＩＳコード | 　　　　　　― |
|  |  | 　　　円 | 　　年 月　　　日 |
|  |  |
| ＴＡＩＳコード | 　　　　　　― |