見本

**…被保険者またはケアマネジャー**

**…販売事業所**

第５号様式（第７条関係）

介護保険福祉用具購入費支給申請書(受領委任払用)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | ｳｵﾂﾞ　　　ﾀﾛｳ | 保険者番号 |  | 1 | 6 | 2 | 0 | 4 | 0 |
| 被保険者氏名 | 魚津　太郎 | 被保険者番号 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| 生年月日 | 昭和　５年　５月　５日 | 性別 | 男・女購入日＝領収日でも、購入日が領収日と異なる場合でも購入日を記入 |
| 住　　所 | 〒937-8555　　魚津市釈迦堂一丁目10番１号電話　0765-23-1148 |
| 福祉用具名(種目名及び商品名) | 製造事業者名 | 購入価格(10割) | 購入年月日 |
| シャワーチェアコンパクトタイプミニ | □□株式会社 | 16,802円 | 26年 10 月 1 日 |
| 高さ調整付浴槽手すり各領収証の額の合計16,802円×1/10＝1,681円15,002円×1/10＝1,501円⇒1,681円＋1,501円レッド | □□株式会社 | 15,002円 | 26年 10 月 1 日 |
| 　 | 　 | 円 | 年　　月　　日販売事業者が記載 |
| 合計金額**①** | 31,804　　　　　　　　　　　　円 |
| 利用者負担額(1割･2割又は3割)(上記のうち、支給対象外の額)② | 3,182　円(　　　　　　　　0　円) | 保険請求額(9割･8割又は7割)1. －　②
 | 28,622　円 |
| 販売事業所名 | 株式会社○○サービス | 魚津市登録番号 |
| 　　　　　001 |
| 福祉用具が必要な理由 | 下肢筋力の低下が著しく、転倒の危険性があるので、福祉用具により、浴槽内や洗い場での転倒を回避するため。別紙理由書の添付でも可（償還払い方式と同様） |
| 　魚津市長　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。　なお、支給額の支払については、裏面委任状の受任者口座へ振り込んでください。領収日以降　26　年　10　月　1　日　　　　　住所　　魚津市釈迦堂一丁目10番１号申請者は本人もしくは家族、親戚　申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　0765-23-1148　　　　　氏名　　魚津　花子　　　　　　　　印　　　 |

（注）

　１　この申請書に、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。

　２　「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。欄内に記載が困難な場合は、別紙等に記載してください。

（裏面へ）

見本

**介護保険福祉用具購入費受領委任状**

|  |
| --- |
| 　今申請にかかる介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給額の受領に関する権限を次の者に委任します。なお、支給額は下記口座に振り込んでください。 |
| 　26　年　10　月　1　日　　　　　　　　　　住　　所　魚津市釈迦堂一丁目10番１号委任者（被保険者）　　　　　　　　　　氏　　名　魚津　太郎　　　　　　　　　　　　　　　㊞販売事業者が記載・押印　　　　　　　　　　住　　所　魚津市○○受任者（販売事業所）　　　　　　　　　　事業所名および　　　株式会社○○サービス　　　　　　　　　　　　　　　　　　代理受領受任者名　　□□　□□　　　　　　　　　　㊞　　　　　　　　　　（魚津市登録番号　　　001　　　　　　　　　　　　） |
| 口　座振　替依頼欄 | 銀行　　　　　　信金・信組　　　　　　農協・労金 | 本店・支店本所・支所 | 種　　目 | 口座番号 |
| 1　普通2　当座3　その他 | ３ | ３ | ３ | ３ | ３ | ３ | ３ |
| 金融機関コード | 店舗コード |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 |
| フリガナ | カブシキガイシャ　○○サービス |
| 口座名義人 | 株式会社　○○サービス販売事業者が記載 |