様式第19号(第23条関係)

(受領委任払用)

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | 保険者番号 | | | | | 282095 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | 個人番号 | |  |  | |  | | |  |  |  | |  |  | |  | |  |  | |  |
| 被保険者氏名 | |  | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | | | | |  | | |  |  |  | |  |  | |  | |  |  | |  |
| 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | 性別 | | | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒　　　―  電話番号　(　　　)―　　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名  (種目名、商品名、TAISｺｰﾄﾞ) | | | | | 製造元 | | | | 購入先 | | | 購入金額 | | | | | 購入日（領収日） | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | 円 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | 円 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | 円 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | 円 | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 合　計 | | | | | | | | | | | | 円 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給に関し、関係書類を添え上記のとおり申請します。  　なお、本件に係る給付金の受領については、次の受取人に一切の権限を委任します。また、貴職が給付金の支払後において給付の減額を決定されたときは、私の責任において精算いたします。  年　　月　　日  　　豊岡市長　様  申請者　　住所  　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  〔本人以外の場合：続柄　　　、電話番号(　　　)―　　―　　　　〕 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受取人 | 住所又は所在地 | |  | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者名及び代表者氏名 | |  | | | | | | | | | | | | (　　　　)　　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受領方法 | 金融機関 | | | | | 支店等 | | | | 預金種別 | | | | 口座番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  | |  |  |  | |  |
| 1　普通預金  2　当座預金  3　(　　　　) | | | |  | | |  | |  | |  | | |  | |  | | |  | | |
| 口座振替現金 | 銀行  信用金庫  労働金庫  信用組合  農協・漁協 | | | | | 本店・本所  支店  支所  出張所 | | | |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |

注1：用具代金(自己負担部分)の領収書及びパンフレット等の関係書類は、本書の裏面に貼付してください。

注2：『福祉用具が必要な理由』欄は、個々の用具ごとに記載してください。(記載欄が不足する場合は裏面)

注3：要介護(要支援)認定を受けていない方は、先に認定申請を行ってください。また、過年度分の保険料に滞納がある場合は、これを完納するか通常の支給申請としてください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市記入欄 | 介護度 | 要支援：　1　2 | 滞納又は給付制限 | なし  あり(　　　　　　円) | システム入力 | | 確認者 |
| 要介護：　1　2　3　4　5 |
|  |
| 給付履歴 |  | 限度額 | 円 |
| 利用者  負担割合 | １割・２割・３割・（　） |  | 支給入力 |
| 支給決定額 | 円 |  |
| 有効期限 | ．　．　～　．　． |