様式第2号(第4条関係)

東松山市介護保険福祉用具購入費支給申請書(受領委任払い用)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | | |  | | | 保険者番号 | | | | | | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 8 |
| 被保険者氏名 | | |  | | |
| 被保険者番号 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | | | 年　　月　　日生 | | |
| 住所 | | | 〒　　　―  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定販売事業者名 | | | |  | | | 事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 商品名(品番) | | | | 種目※ | 製造事業者名 | | 購入金額 | | | | 購入年月日 | | | | | | |
|  | | | |  |  | | 円 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定販売事業者名 | | | |  | | | 事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 商品名(品番) | | | | 種目※ | 製造事業者名 | | 購入金額 | | | | 購入年月日 | | | | | | |
|  | | | |  |  | | 円 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 指定販売事業者名 | | | |  | | | 事業者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 商品名(品番) | | | | 種目※ | 製造事業者名 | | 購入金額 | | | | 購入年月日 | | | | | | |
|  | | | |  |  | | 円 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 東松山市長　宛て  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受領委任払いにて申請します。  　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者  (事業者) | | 所在地  事業者名  代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | |

※種目は、次の番号で記入してください。

　①腰掛便座　②自動排泄処理装置の交換可能部品　③排泄予測支援機器　④入浴補助用具　⑤簡易浴槽　⑥移動用リフトのつり具の部分　⑦スロープ　⑧歩行器　⑨歩行補助つえ

※「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下さい。下記の(4)に記載されている場合は、「福祉用具サービス計画書のとおり」とすることもできます。

注意　この申請書には、次の書類を添付して下さい。

　　　(1)委任状及び同意書

　　　(2)領収書の写し(介護保険適用額の10／100(法第49条の2第1項又は第59条の2第1項の規定が適用される場合にあっては20／100、法第49条の2第2項又は第59条の2第2項の規定が適用される場合にあっては、30／100)を明記のこと)

　　　(3)請求書(様式第3号)

　　　(4)福祉用具サービス計画書の写し

　　　(5)パンフレット等