

第3号様式（第5条関係）

介護保険 居宅介護(介護予防)福祉用具購入費受領委任払い申請書

余市町長様

次のとおり、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。

										申請年月日		年	月	日						
被保険者番号										個人番号										
フリガナ										生年月日	年 月 日			性別	男・女					
被保険者氏名											年 月 日									
被保険者住所	〒046- 余市町 町 丁目 番地										電話番号 ー									

費 目	・居宅介護福祉用具購入費	・居宅介護予防福祉用具購入費
福祉用具が必要な理由	・居宅サービス計画添付 有・無 必要な理由： _____ _____ _____ _____	

福祉用具名 (種目及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業者名	購入金額	購入年月日
		円	年 月 日
		円	年 月 日
		円	年 月 日
		円	年 月 日
		円	年 月 日

注意：この申請書に、受領委任払いに係る販売事業者の同意書、領収証、納品書及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。

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。

※この欄には、記入しないでください

審査決定調書				
区分		保険対象購入費 (A)	自己負担額 (B) (A×0.1・0.2・0.3) ※1円未満切上	保険支給額 (C) (A-B)
1. 一般	滞納保険料 有・無			
2. 給付額減額 (6割・7割給付)	保険料徴収 権消滅期間 有・無	今年度既支給	支給上限額(支給限度基準額-今年度既支給額)	要介護度
		有・無		支・介
事業者登録	領収証確認	パンフレット等確認	備考	