

様式第23号の2 (第18条関係)

介護保険 居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費支給申請書 (受領委任用)

フリガナ		介護度	認定有効期間	. . から . . まで
被保険者氏名		被保険者番号		
		個人番号		
生年月日	年 月 日	性別	男 ・ 女	
住 所	〒 電話番号			
特定福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名		販売費用の額 (10割)	
			円	
			円	
			円	
販売費用の合計額	円	利用者負担額	円	
指定販売事業者名		購 入 日	年 月 日	
糸魚川市長 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。 また、上記請求に基づく給付金の受領方を下記の者に委任します。 年 月 日 住所 申請者 電話番号 氏名 ㊟				

- 注1 領収書、当該特定福祉用具の概要を記載したパンフレットを添付してください。  
 注2 特定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。  
 注3 この申請書は、ひとつの領収書につき一部作成してください。  
 注4 「利用者負担額」は、個々の用具ごとに「販売費用」の額に10分の1、10分の2又は10分の3を乗じて得た額(1円未満の端数切り上げ)の合計額を記入してください。

受任者 (販売事業者)	住 所 _____			
	名称及び代表者名 _____ ㊟			
	介護保険事業者番号 [ ]			
口座振替 依頼欄	銀行 信用組合 協同組合 信用金庫 労働金庫	本店 支店 出張所	種 目	口 座 番 号
	金融機関コード	店舗コード	1 普通預金 2 当座預金 3 その他	
	フリガナ			
	口座名義人			

※決定通知書送付先 (送付先を指定する場合に記入してください。)

住所	〒			
氏名	続柄	電話番号		

市記入欄

自己負担限度額	割負担	(上限 円)	年度利用実績	有 ・ 無
用具名	購入金額	円	支給決定金額	円
区分	1 一般 2 支払方法変更 3 給付額減額	保険料納付状況	未納 有・無	滞納 有・無

居宅介護支援事業所	
担 当 者 名	
(特定福祉用具が必要な理由)	
<p>※購入日現在での被保険者の状況について（いずれかに○印をしてください。）</p> <p>1 在 宅</p> <p>2 介護施設入所中（退所（予定）日 年 月 日）</p> <p>3 入 院 中（退院（予定）日 年 月 日）</p>	