**介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ |  | 保険者番号 |  | 0 | 2 | 2 | 0 | 6 | 1 |
| 被保険者氏名 |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日生 | 性別 | 男　・　女 |
| 住　　　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　－　　　　　　 |
| 福祉用具名（種目名及び商品名） | 製造事業者名及び販売事業者名 | 購入予定額 | 購入予定日 |
|  |  | 円 | 令和　　年　　月　　日 |
|  |  | 円 | 令和　　年　　月　　日 |
|  |  | 円 | 令和　　年　　月　　日 |
| 福祉用具が必要な理由 |  |
| 　十和田市長　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。　　令和　　年　　月　　日　　　　　　 住　所　　申請者　　　　　　 氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　－　　　　　　 |

注意　・福祉用具購入費の給付は、県において指定した登録業者からの購入に限りますので留意してください。

・この申請書に、受領委任払い承認申請書、見積書及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。

　　　・「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ください。欄内に記載が困難な場合は

 裏面に記載して下さい。

　　　・受領委任払いが利用できない場合は、償還払いとなります。被保険者本人の口座を下記に記入ください。なお、代理の方（夫、妻、その他親族等）の口座に振込を希望される方は、別途委任状が必要となります。

＊ 振込口座

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 金融機関名 | 銀行・信用金庫・信用組合・農協 | 本店　　 　 支店 | 口座種別 | 1 普 通2 当 座3 その他 |
| 金融機関コード |  |  |  |  | 店舗コード |  |  |  |
| フリガナ |  | 口　座　番　号 |
| 口座名義人 |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 課　長 | 補　佐 | 係　長 | 係 | 上記の者について、下記のとおり支給してよろしいか。 | 決定年月日 |
|  |  |  |  |
| 支給年月日 |
| 要介護認定日令和 年 月　 日 | 認定期間令和 年　 月　 日～令和 　年　 月　 日 | 要介護度要支援 １ ２要介護 １ ２ ３ ４ ５ |
| □支給限度基準額以内（A）　　□支給限度基準額超過（B）（A）福祉用具購入費用額　　　　　　　　　円　　０．９（B）支給限度基準額残額　　　　　　　　　円　×０．８＝　　　　　　　　　　　　　　　円　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ０．７（支給限度基準額100,000円）　　　　　　　　支給決定額　　　　　　　　　　　　　　　円＊管理期間は、毎年4/1から3/31まで |