

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	
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	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	購入金額	購入日
		円	
		円	
		円	
合 計		円	

福祉用具が必要な理由 (ケアマネジャー署名)	(居宅サービス計画の届出 有 ・ 無) (居宅の事業所名)
---------------------------	-----------------------------------

福岡県介護保険広域連合長 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。
 年 月 日
 申請者 住所 _____
 名称 _____
 (受領委任事業者) 電話番号 _____

福祉用具販売事業所の	受領委任契約番号										
	事業所番号										

委 任 状

上記事業者に居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の請求及び受領に関する権限を委任します。
 被保険者氏名 _____

居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

受取人 口座振込 依頼欄	銀行・農協 信用金庫 信用組合 労働金庫	支店 支所	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	
	口座名義カナ			

福岡県介護保険広域連合(市町村) 記入欄

前回までの購入金額	今回の購入金額	今回までの通算金額
円	円	円

要介護(支援)認定 有 無
 滞納 有 無
 給付額減額 有 無

※添付書類 の中にチェックを入れてください。

<input type="checkbox"/> 領収書(原本)	<input type="checkbox"/> 納品が確認できる写真(日付入)
<input type="checkbox"/> パンフレット(写しで可)	<input type="checkbox"/> その他確認ができる資料
◆排泄予測機器の場合(いずれかの書面)	
<input type="checkbox"/> 介護認定審査における主治医の意見書	
<input type="checkbox"/> サービス担当者会議等における医師の所見	
<input type="checkbox"/> 介護支援専門員等が聴取した居宅サービス計画等に記載する医師の所見	
<input type="checkbox"/> 個別に取得した医師の診断書	

福祉用具購入費受付番号