様式第７号（第８条関係）

宇和島市介護保険居宅介護（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 | |  | | | | | 被保険者番号 | | | | | |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 | |  | | | | |
| 個人番号 | | |  | |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日生 | | | | | 性別 | | | | | | | □ 男・□ 女 | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名  (種目名及び商品名) | | | | | 製造業者名及び  販売事業者名 | | | | 購入金額 | | | | | | | | | 購入日 | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | 円 | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | 円 | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | 円 | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | 円 | | | | | | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 宇和島市長　　　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介護保険受領委任払にて申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （申 請 者）  委 任 者 | 申請日 | | 年　　　月　　　日 | | | | | 電話番号 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 受　任　者 | 所在地 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者名称 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者職氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請書提出者名 | | | | | | 代行事業所名 | | | | | | | | | | 連絡先電話番号 | | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |

（注）次の書類を添付してください。

　　１　事業者との受領委任に関する承認申請書及び委任状

　　２　領収書(保険給付対象額の１割を明記のこと)及び請求書

　　３　福祉用具のパンフレット等

　　４　「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、別紙に記載してください。