

第14号様式(第16条関係)

介護保険居宅介護(支援)福祉用具購入費支給申請書(清須市受領委任払い用)

フリガナ 被保険者氏名			保険者番号		2	3	2	3	3	0
			被保険者番号							
生年月日	年	月	日生	個人番号						
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	円			円			円			
自己負担額	円			円			円			
購入日	年 月 日			年 月 日			年 月 日			
福祉用具が 必要な理由										
<p>清須市長 様</p> <p>上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(支援)福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p>また、本申請に基づく特定福祉用具購入費の支給に関する申請及び受領に関する権限を 下記受任者に委任します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住所 _____</p> <p>申請者 _____ 電話番号 _____</p> <p>(兼受領委任者) 氏名 _____ 印 _____</p>										
受領 受任者	住所 〒 _____ 電話番号 () _____									
	事業者名 _____ 印 _____									
	代表者名 _____ 印 _____									
口座 振替先	銀行・信用金庫・信用組合・ 農業協同組合		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									
指定居 宅介護 支援事 業者 確認欄	<p>上記の申請については、介護保険法第44条第1項又は第56条第1項に規定する特定福祉用具に該当すること及び申請内容が適正であることを確認します。</p> <p>事業者名 _____ 印 _____</p> <p>介護支援専門員氏名 _____ 印 _____</p>									

注意・この申請書の裏面に、領収証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ください。
- ・欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。

担当 記入欄	要介護度	認定期間	_____ ~ _____
	介護保険料納付状況	未納等	(有 ・ 無)
	年度中購入状況	無 ・ 有	(_____)