

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払い制度）

フリガナ 被保険者氏名	保険者番号		1 3 1 1 5 1			
	被保険者番号					
	個人番号					
生年月日	明・大・昭	年	月	日生	販売事業者番号	
負担割合	1・2・3割	給付制限	有/無	年 月 日 ~ 年 月 日		
該当に○	福祉用具種目 (該当する項目に☑)	販売事業者名		購入月日	購入金額	
	<input type="checkbox"/> 固定用スロープ <input type="checkbox"/> 歩行器（歩行車を除く） <input type="checkbox"/> 単点杖（松葉づえを除く） <input type="checkbox"/> 多点杖			令和 年 月 日	円	
	腰掛便座 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 変換便座 <input type="checkbox"/> 補高便座 <input type="checkbox"/> 昇降便座			令和 年 月 日	円	
	<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置の交換可能部品 <input type="checkbox"/> 排泄予測支援機器			令和 年 月 日	円	
	<input type="checkbox"/> 簡易浴槽 <input type="checkbox"/> 移動用リフトのつり具の部分			令和 年 月 日	円	
	入浴補助用具 → <input type="checkbox"/> 入浴用いす <input type="checkbox"/> 浴槽内いす <input type="checkbox"/> 浴槽用手すり <input type="checkbox"/> 入浴台 <input type="checkbox"/> 浴室内すのこ <input type="checkbox"/> 浴槽内すのこ <input type="checkbox"/> 入浴用介助ベルト			令和 年 月 日	円	
福祉用具が必要な理由						
杉並区長 宛 上記のとおり関係書類を添えて申請・請求します。 令和 年 月 日 申請者 (被保険者本人) 住所 _____ 電話 () _____ 氏名 _____						
添付書類	・受領委任払いに係る委任状 ・領収証 ・福祉用具のパンフレット ・福祉用具販売計画の写し ・請求書					
介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を以下の受領委任払い制度登録事業者の口座に振り込んでください。						
所在地						
事業所名						
受領委任払い制度取扱事業者登録番号						

【区使用欄】 支給資格	支援 () 介護 ()	年 月 日 ~ 年 月 日	給付実績	無 / 有 ()	受付	No.
給付対象額	円	貸付	無 / 有	事業者登録	負担割合	申請・決定入力 点検
支給決定額	円	給付制限	無 / 有	済 / 未	1割・2割・3割	