（様式第６－３）

居宅介護（予防）**福祉用具購入費受領委任払**

**支給申請書**（兼委任状）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | |  | | | 保険者番号 | | | | | | ４０２０２４ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | |  | | |
| 被保険者番号 | | | | | |  | |  | | | |  | | |  | |  | |  |  | |  |  | |  | |
| 生年月日 | | 明・大・昭　　年　　月　　日 | | | 個人番号 | |  | |  |  | |  | | | |  | | |  | |  | |  | |  | |  |  | |  | |
| 住所 | | 大牟田市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 退院・退所日 | | 令和　　　年　　　月　　　日　　※申請時に入院・入所中であった場合 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福　祉　用　具　名  （種目及び商品名） | | | | 製造事業者名 | | 購　入　金　額 | | | | | | | | | | | | 領収日（納品日） | | | | | | | | | | | | | |
| ① |  | | |  | |  | | | | | | | | 円 | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| ② |  | | |  | |  | | | | | | | | 円 | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| ③ |  | | |  | |  | | | | | | | | 円 | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 大 牟 田 市 長 　様 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 負担割合 | | | | | | | |  | | | 割 | | |
| 上の通り関係書類を添えて居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給を申請します  申請者（受領委任事業所） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | 〒　　　- | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | |  | | | | | 電話番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 事業所名 | | |  | | | | | (契約書番号：　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 代表者名 | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

添付書類　①福祉用具購入サービス提供証明書（受領委任払用）　②設置後の写真

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **委任状**  大 牟 田 市 長 　様 令和　　　年　　　月　　　日  　居宅介護（予防）福祉用具購入費の給付申請及び受領について、上の申請者（受領委任事業者）へ委任します | | | | | | | | | |
| 被保険者 | | （決定通知書受付番号 | | | | |  | ） | |
|  | 〒　　　- | | | |  | | | | |
| 住　所 |  | | | | 電話番号 |  | | |  |
| 氏　名 |  | | 代筆者 | (続柄　　) | | | | |  |
| ※自筆で署名してください　代筆される場合は代筆者の氏名と続柄も記入して下さい | | | | | | | | | |

○大牟田市記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 購入費用 | 対象費用 | 支給算定額 | 支  ・  介 | 割 | 決裁 | 担当 | | 主査 |
| 円 | 円 | 円 |  |  |  |

（様式７－２）

福祉用具購入サービス提供証明書（受領委任払い用）

令和　　　年　　月日

|  |  |
| --- | --- |
| 事業所名称  住所  （契約番号） | 契約書番号 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者  番号 | 0 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  | 被保険者  氏名 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 購入費用総額 |  |  |  |  |  |  | 円 |
| 介護保険対象額 |  |  |  |  |  |  | 円 |
| 保険請求額 |  |  |  |  |  |  | 円 |
| 利用者負担額 |  |  |  |  |  |  | 円 |

※保険請求額は、１円未満切り捨て

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 品(明細欄)名 | 金額 | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  | 円 |
|  |  |  |  |  |  |  | 円 |

|  |
| --- |
| 生活保護受給　□ |
| **領収書を貼ってください**  ①コピー可、裏面に貼っても構いません  ②宛名はフルネームで記入して下さい  ③領収書の金額は上記の利用者負担額と一致します  （保険対象とならない費用も含みます） |

（様式９－２）

|  |  |
| --- | --- |
| **特定福祉用具購入報告書** | ページ |
| ／ |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 設置後の写真 | ①添付する写真には、日付を写し込んでください。  （筆記具による書き込みは不可）  ②設置場所での写真を添付してください。  ③写真は明瞭な物としてください。  ④理由書作成者に購入完了の報告をしてください。 | |
| 品目 | | 事前申請との変更点及び理由 |
|  | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 設置後の写真 | ①添付する写真には、日付を写し込んでください。  （筆記具による書き込みは不可）  ②設置場所での写真を添付してください。  ③写真は明瞭なものとしてください。  ④理由書作成者に購入完了の報告をしてください。 | |
| 品目 | | 事前申請との変更点及び理由 |
|  | |  |