

受領委任払用介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請書

フリガナ			被保険者番号	0	0	0	0								
被保険者氏名			生年月日						年			月			日
個人番号															
住所	半田市												利用者負担		
要介護状態区分	要支援 () ・要介護 ()		認定の有効期間						年			月			日
福祉用具購入の種目 (購入種目に○をつけてください)	<ul style="list-style-type: none"> ・腰掛便座 [上置便座 補高便座 昇降便座 ポータブルトイレ] ・自動排泄処理装置の交換可能部品 ・排泄予測支援機器 ・入浴補助用具 [入浴用いす 浴槽用手すり 浴槽内いす 入浴台] ・簡易浴槽 [浴室内すのこ 浴槽内すのこ 入浴用介助ベルト] ・移動用リフトのつり具 ・選択制の対象福祉用具 [スロープ 歩行器 歩行補助つえ] 														
購入商品名	製造事業者名	搬入日	購入金額		支給金額(市記入欄)										
		年 月 日	円		円										
		年 月 日	円		円										
		年 月 日	円		円										
販売事業者名			年 月 分		支給金額合計		円								
販売事業者番号			円		利用者負担額		円								
必要な理由	居宅(介護予防)サービス計画書のとおり・証明書のとおり			購入日現在の状況	在宅・入院中・入所中										
半田市長様 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申請します。 また、上記申請に基づく給付費の受領に関する権限を下記の事業者に委任します。 添付書類：領収書、証明書(種目、品名規格及び本体価格を明記したもの)、福祉用具のパンフレット等 居宅(介護予防)サービス計画書・サービス担当者会議の要点(第2表・第4表)											申請日： 年 月 日				
委任日： 年 月 日 申請者 住所 (委任者) 氏名 電話番号() -															
●申請者が資格を喪失された場合はこちらも記入ください。 年 月 日 住所 代理申請者 氏名 電話番号() - 本人との関係()															
上記申請者に係る福祉用具購入費の受領について同意いたします。 なお、給付費は登録した振込先口座に振り込んでください。 受任日： 年 月 日											半田市 受領委任登録番号				
事業者 所在地 (受任者) 事業者名 電話番号() - 代表者名 担当者															

市記入欄

給付制限 の状況	滞納	支給実績(年度外)		支給実績(年度内)	
		費用額 円	支給額 円	費用額 円	支給額 円
有・無	有	費用額	円	費用額	円
	無	支給額	円	支給額	円
給付割合 %		種目		残 額	円
		サービス提供年月		種目	
				サービス提供年月	
番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票等 <input type="checkbox"/> オンライン <input type="checkbox"/> その他()				
身元確認 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人	1点確認 (写真付公的書類)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障がい手帳 <input type="checkbox"/> その他()			
	2点確認 (上記以外の書類)	<input type="checkbox"/> 介護被保険者証 <input type="checkbox"/> 医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他()			
代理権確認 (代理人の場合)	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記簿謄本等(法定代理人の場合) <input type="checkbox"/> その他()				確認者