

< 受領委任払い >

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入承認申請書

フリガナ			保険者番号	4 0 3 4 9 3			
被保険者氏名			被保険者番号	3	4	9	0
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女	
要介護度	有効期間: . . ~ . .			被保険者区分	1号・2号		
住所	〒811-23 <input type="text"/> <input type="text"/> 粕屋町			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・所在地		見積額	購入予定日			
①	TEL 担当		円	年 月 日			
②	TEL 担当		円	年 月 日			
③	TEL 担当		円	年 月 日			
福祉用具が 必要な理由 (具体的に記入)	① ② ③						
福祉用具購入費合計	円	申請基準額 (上限額 10万円)	支給対象残 ( 円)				
本人負担額 ※記載不要	(負担割合: 割)	円	支給予定額 ※記載不要	円			
粕屋町長 様 年 月 日							
上記のとおり関係書類を添えて介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入の承認を申請します。 なお、承認決定等に必要があるときは、支給履歴や給付制限状況、負担割合を申請代行者や販売事業者に提示することに同意します。							
申請者(原則として被保険者ご本人)				申請代行者			
住所 粕屋町				住所 (所在地)			
氏名				氏名 (名称)			

<添付書類>

福祉用具のパフレット等(定価記載があるもの)  見積書

★粕屋町処理欄(伺書)

起案 年 月 日

上記申請の介護保険福祉用具購入について承認してよろしいかお伺いします。

No.	課長	主幹・係長	係	決裁	年 月 日
				入力	年 月 日

※保険料滞納  
(あり・なし)  
給付制限  
(あり・なし)  
R4.5