様式第4号（第7条関係）

筑紫野市介護保険福祉用具購入費支給申請書（受領委任払い用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フ　リ　ガ　ナ |  | | 保険者番号 | |  | | | | | 4 | 0 | 2 | 1 | 7 | 2 |
| 被保険者氏名 |  | |
| 被保険者番号 | |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　 年　　月　　日生 | | 性　　別 | | 男　・　女 | | | | | | | | | | |
| 住　　　　所 | 〒８１８－  筑紫野市  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | |
| 福 祉 用 具 品 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 | | | 購　　　入　　　日 | | | | | | | | |
|  | |  | | 円 | | | 年　　 月　　　日 | | | | | | | | |
|  | |  | | 円 | | | 年　　 月　　　日 | | | | | | | | |
|  | |  | | 円 | | | 年　　 月　　　日 | | | | | | | | |
| 合計費用 | | 円 | | 内対象者負担額 | | | 円 | | | | | | | | |
| 支給申請額 | | | 円 | | | | | | | | |
| （宛先）筑紫野市長  筑紫野市介護保険福祉用具購入費の受領委任払いに係る事務取扱要綱第7条の規定により、上記のとお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。  　　　年　　　月　　　日  申　請　者　所在地  (事業者)  事業者名　　　　　　　　　　　　　 電話番号    事業者番号（　　　　　　 ）  代表者名 | | | | | | | | | | | | | | | |

添付書類　1 領収証の写し 2 福祉用具販売計画書 3 請求書

※領収証は原本をお持ちください。コピー後、原本は返却します。

（筑紫野市記入欄）　 　　割　【要支援　　　・要介護　　　】 年　　　月　　　日～　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 合　計　購　入　金　額 | 福祉用具購入費支給対象額  （支給限度基準額１０万円） | 支　給　決　定　額 |
| 円 | 円 | 円 |