様式第6号（第８条関係）

　　　　　介護保険居宅介護（介護予防）福祉購入費支給申請書（受領委任払用）

※太枠内をご記入下さい。（　　　　　　　　部分は、窓口にて記入していただきます。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者番号 | | |  |  |  |  |  |  | |  | |  |  |  | 個人  番号 |  | |  |  |  | |  | |  | |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ  被保険者氏名 | | |  | | | | | | | | | | | | 性別 |  | | | 生年月日 | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| 住　　　所 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | |  | | | | | | | | | |
| 要介護度 | | | 要支援（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | 認定期間 | | | | 年　　　月　　　　日　～　　　　　年　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 種  目 | □腰掛け便座  □特殊尿器  □入浴補助用具  □簡易浴槽  □移動用リフトのつり具部分  □排泄予測支援機器 | | 商品名（型式を含む） | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 商品のTAISコード | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 製造業者名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 販売業者名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 事業者番号 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 購入日 | | | | | | 年　　　月　　　　日 | | | | | | | | 販売金額 | | | | | 円 | | | | | | | | | |
| 福祉用具が  必要な理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 種  目 | □腰掛け便座  □特殊尿器  □入浴補助用具  □簡易浴槽  □移動用リフトのつり具部分  □排泄予測支援機器 | | 商品名（型式を含む） | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 商品のTAISコード | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 製造業者名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 販売業者名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | 事業者番号 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 購入日 | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | 販売金額 | | | | | 円 | | | | | | | | | |
| 福祉用具が  必要な理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 提出代行者の氏名  （代行事業所・提出者名） | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 連絡先電話 | | | | | |  | | | | | | |
| 石垣市長　　様  　　　上記のとおり必要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。  なお、本申請に基づく給付金の受領に関する権限については、下記の事業者（受任者）に委任します。  　　　　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代筆者名  申請者　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人が記入できない理由  兼委任者  （※注１）　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業者  （受任者） | | | 事業所  所在地 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 事業所  名称 | | |  | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | |  | | | | | | | | |
| 代表者氏名 | | | 印 | | | | | | | | | | | 登録番号  （※注２） | | | | | |  | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| （　備　考　）  ・この申請書には、住宅改修を要する理由書や領収書等、申請に必要な書類を添付してください。  （※注１）申請者氏名は必ず本人（被保険者）とし、本人が記入できない場合は代筆し、余白部分にその旨を記載してください。  （※注２）登録番号が分からない場合は、空欄としてください。 |

※以下石垣市記入欄（記入しないでください）

□有

□無

□有

□無

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| □生保 | 滞納記録  □有  □無 | | | 給付制限 | | | 給付履歴 | | | （種目：　　　　　　　　　　　）　　　再購入（　　　可　　　・　　　否　　　　）  年　　　　　月給付履歴有　　（残　　　　　　　　　　　　　円） | | | |
| 被保険者区分 | | 自己負担割合 | | | 購入費用（円） | | | 保険対象額（円） | | | 自己負担額（円） | | 支給決定額（円） |
| 第　　　　号被保険者 | | 割 | | | 円 | | | 円 | | | 円 | | 円 |
| 介護プラン | | | パンフレット | | | 領収書 | | | 整理番号 | | |  | |
|  | | |  | | |  | | | 入力日 | | |  | |
| 【領収書貼付欄】※必ず、のり付けしてください。※Ａ４サイズで別添付可。 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 【パンフレット写し貼付欄】※必ず、のり付けしてください。※Ａ４サイズで別添付可。 | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |