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。 |
|  |