第１号様式（第５条関係）

**南九州市介護保険居宅介護（介護予防）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 | | ６ | | ２ | | ２ | | ３ | | ４ | |
| 被保険者氏　　　 名 |  | 被保険者番号 | | | | |  |  |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 個人番号 | | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 生年月日 | 年　 　 月　 　 日生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　所 | 〒　　　‐  南九州市 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 購入金額 | 円 | | 種目 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 購入日 | 年　　月　　日 | |
| 商品名 |  | |
| 製造事業者名 |  | |
| 購入金額 | 円 | | 種目 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 購入日 | 年　　月　　日 | |
| 商品名 |  | |
| 製造事業者名 |  | |
| 購入金額 | 円 | | 種目 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 購入日 | 年　　月　　日 | |
| 商品名 |  | |
| 製造事業者名 |  | |
| 福祉用具が必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 南九州市長　様  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）福祉用具費の支給を申請します。  また，当該申請に係る介護給付費の受領については，下欄の受取人へ委任します。  　　年　　月　　日  　　　　　　　申請者　　　住　　所  　　　　　(兼受領委任者)　氏　　名  　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　）　　　‐ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　この申請書による上記被保険者の保険給付費の受領権限について，当事業者が受任することに同意します。

　なお，給付費については，事業者登録時に指定した口座へ振り込んでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録事業者  (受任者  同意欄) | 住　　所 |  | 電話番号 | |
| 事業所名 |  | 指定事業者番号 |  |
| 代表者氏名 | 印 | | |

　(注)入院，入所中等の方は受領委任払いは利用できません。

市記入欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 処理欄 | 資格・認定状況 | | □１号　□２号 | □要支援（　　）□要介護（　　） | | | | 負担割合（　　　） | |
| 認定有効期間 | | 年　月　日～　　年　月　日 | | 保険料納付 | 未納保険料（有・無）　滞納保険料（有・無） | | | |
| 添付書類確認 | | □領収証　□ケアプラン　□福祉用具サービス計画　□パンフレット  □確認物（　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 備考 | 今年度購入の福祉用具　　　　　　円・なし  今回支給額　　　　　　　×　　　＝ | | | | | 今回支給額 | | 担当印 |
|  | |  |