第２号様式（第５条関係）

韮崎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（受領委任払用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  |
| 生年月日 | 年　　 月　　 日 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所 | 〒　　　　－ |
| 要支援・要介護認定状況 | 要支援　１　２　・　要介護　１　　２　　３　　４　　５（有効期限　　　年　　　月　　　日　～　　年　　　月　　　日） | 負担割合 |
| 　　　　　　　割 |
| 福祉用具名（種目・商品名） | 製造事業者名 | 販売事業者名 | 購入金額（税込） | 購入日 |
|  |  |  | 円 | 年　 月 　 日 |
|  |  |  | 円 | 年　 月 　 日 |
|  |  |  | 円 | 年　 月 　 日 |
| 福祉用具が必要な理由 |  |
| （宛先）　韮崎市長上記のとおり、関係書類を添えて、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、当該給付費の受領については、下記の者に委任します。　　　　　年　　　月　　　日　申請者　　住　　所（委任者）　　　　　　氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　（　　　） |
| 同意書(介護保険福祉用具購入費受領委任払用)　（宛先）韮崎市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　１　福祉用具購入後は、居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の保険対象になる費用について、当該被保険者に対し当該被保険者の介護保険負担割合に応じた本人負担額の請求及び受領を行うこととし、これを減免し、又は超過して徴収しないこと。また、当該福祉用具購入費の保険給付額については、韮崎市から受領すること。２　福祉用具の販売に当たり法令等に違反する行為があったとき、又は偽りその他不正の手段により福祉用具購入費の受領に関する権限の委任を受けたときは、受領委任払いの利用の決定を取り消されても異議がないこと。　　　 　年　　　月　　　日　 事業者（受任者）　住　　　所　　　　　　 事業者名代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　電話番号　　　　　　（　　　）　 |
| 添付書類 | ①　購入した福祉用具の金額が分かる書類及びカタログ等の写し②　本人負担額の領収書　　③　居宅サービス計画書の写し④　委任状（被保険者と申請者が異なる場合） |