

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)

次のとおり、関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請します。
また、当該申請に基づく給付費の受領に関する権限を下記の受取人に委任します。

年 月 日

(あて先) 山形市長

(申請者)

住所 _____

氏名 _____ ⑩ 電話番号 () _____

山形市から支給される、被保険者 様に
係る次の申請内容に基づく居宅介護(介護予防)福祉用具購入費
については、私が被保険者からの委任を受け、受領することに同意
します。

なお、支給にあたっては、右記の口座に振り込んでください。

所在地 _____

名称 _____

(受取人)

代表者 _____ ⑩

(フリガナ) _____

口座名義 _____

電話番号 () _____

| | | | | | | | | | | |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|
| 金額 | | | | | | | | | | 円 |
|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|

| | |
|-------|----------------|
| 金融機関名 | 銀行 金庫 組合 |
| | 店 |
| 預金種目 | |
| 口座番号 | |

※振込口座を登録されている場合は、記入不要です。

| | | | |
|------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|
| フリガナ | | 被保険者番号 | |
| 被保険者氏名 | | 要介護度 | 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 |
| 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | | |
| 被保険者住所 | | | |
| 負担割合 | 割 期間(年 月 日 ~ 年 月 日) | | |
| 事前確認申請受付番号 | | 領収金額 | 円 |
| 届出人 | 住所 氏名 | 電話番号 () 被保険者との関係 () | |

※ 事前確認申請時と変更がある場合（変更がない場合は、記入不要です。）

| 福祉用具名等 | 販売及び製造事業者名 | 購入金額及び購入日 | ※山形市記入欄 |
|---------------------|------------------|-----------------|------------------|
| 種目 () 商品名 () | 販売 () 製造 () | 購入金額 円 年 月 日 | 支給決定額 円 |
| 種目 () 商品名 () | 販売 () 製造 () | 購入金額 円 年 月 日 | 支給決定額 円 |
| 福祉用具 が必要な 理由等 | | | 専門相談員確認欄 氏名 ⑩ |

| | |
|---------|--|
| ※山形市記入欄 | <input type="checkbox"/> 未納保険料 有・無 <input type="checkbox"/> 今年度支給済額 () 円 <input type="checkbox"/> 給付制限 () <input type="checkbox"/> 居宅介護(予防)支援事業所届 有・無 |
|---------|--|

留意事項

- ・ 介護保険法第23条に基づき、山形市が必要と認めるときは、訪問調査を実施します。
- ・ 申請者は、本人(被保険者)に限ります。
- ・ 申請に際しては、領収書が必要です。
- ・ 事前確認申請内容に変更がある場合は、購入した福祉用具のパフレット等の添付及び所定欄への記載が必要です。
- ・ 保険料の滞納により、保険給付の支払方法の変更又は一時差止等を受けている方は、受領委任払いによる給付を受けることはできません。