様式第８号（第１４条関係）

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | コウノス　ハナコ | 被保険者番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 |
| 被保険者氏名 | 鴻巣　花子 |
| 個人番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 |
| 生年月日 | 昭和１０年１月１日 |
| 住　　所 | 〒３６５－８６０１　　　　　　　　　　　電話番号０４８（５４１）１３２１鴻巣市中央１－１ |
| 福祉用具名（種目及び商品名） | 製造事業者名 | 販売事業者名 | 購入金額 | 購入金額×（１０割-負担割合） | 購入日 |
| 浴槽内椅子 | 吹上製造 | 川里販売 | 12,345円 | 8,641円 | R5年1月8日 |
| 腰掛便座 | 吹上製造 | 川里販売 | 54,321円 | 38,024円 | R5年1月8日 |
|  |  |  | 円 | 円 | 年　月　日 |
| 合計金額 | 66,666円① | 46,665円② |  |
| 今年度既購入額（１０割） | 30,000円③ | 支給限度額 | （１０万円－③）×（１０割－負担割合）　　　円④ | 申請額 | ②と④を比較して少ない額46,665円 |
| 福祉用具が必要な理由（購入用具ごとに記載してください。） | 脊柱管狭窄症により、浴室内での立ち座りが困難なので、浴室内椅子が必要である。また、歩行が困難なため、トイレに行くことが困難なので、腰掛便座が必要である。複数の用具を購入し、受領委任払いで申請される場合は、購入月毎に申請書を作成してください。 |
| （宛先）鴻巣市長　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。１　償還払いの場合には、当該申請に係る福祉用具購入費の申請に関する権限を委任状の受任者に委任します。２　受領委任払いの場合には、当該申請に係る福祉用具購入費の申請及び受領に関する権限を介護保険住宅改修費等受領委任払いに係る委任状の受任者に委任します。　　　　令和５年　１月１０日住　所　鴻巣市中央１－１　申請者（委任者）氏　名　鴻巣　花子　　　　　　　　電話番号０４８（５４１）１３２１ |

　申請書の添付書類 １　領収書・福祉用具のパンフレット等

２　受領委任払いにあっては事業者の請求書（様式は任意）及び

受領委任払いに係る委任状

　居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を次の口座にお振り込みください。

|  |  |
| --- | --- |
| 受取口座 | □公金受取口座を利用する。（利用する場合は口座情報の記入不要）公金受取口座を登録していない方は、マイナポータルから簡単に登録いただけます。通帳等の写しの提出も不要になります。□振込口座を指定する。 |
| 口 座 振 込依 頼 欄 | 銀行・農協こうのす 信用金庫信用組合 | 本店こうのす 支店出張所 | 種目 | 口座番号 |
| １普通預金２当座預金 | １ | ２ | ３ | ４ | ５ | ６ | ７ |
| フリガナ | ｺｳﾉｽ　ﾊﾅｺ |
| 口座名義人**必ずどちらかにチェックを入れてください。** | 鴻巣　花子 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護度 | 申請中・介・支 | 認定期間 | ～ | 負担割合 | 割 |
| 退院・退所 | 済　・　未 | 給付制限 | 無　・　有 | 生活保護受給 | 無　・　有 |

保険者記入欄