第１号様式（第５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（受領委任払用）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  被保険者氏名 | |  | | | | 保険者番号 | |  | | | | | | | １ | ３ | | ２ | | | ２ | | ４ | | １ |
|  | | | |
| 被保険者番号 | | 0 | | 0 | | 0 | | 0 |  | |  | |  | | |  | |  |  |
| 生年月日 | | 明 ・ 大 ・ 昭　　　　　　年　　　月　　　日　生 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | | 〒  電話番号（　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福　祉　用　具　名  （種目及び商品名） | | | | 製造事業者名及び  販売事業者名 | 購　入　金　額 | | | | 購　　入　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | 円 | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | 円 | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  | 円 | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が  必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 多摩市長　殿  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。  また、当該申請にもとづく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給請求及び給付金の受領に  関する権限を下欄の受取人に委任します。  令和　　年　　月　　日  　　　　　　　　住　所  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　 電話番号  （兼受領委任者） 氏　名　　　　　　　 　　　　　　 印　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　所  受取人　　　事業者名　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号  代表者氏名　　　　　　 　　　　　　 印　　　　（　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 注意　・　この申請書の裏面に領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。  　　　・　「福祉用具が必要な理由」については、個々の用具ごとに記載してください。  欄内に記載が困難な場合は、裏面に記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 多摩市記入欄 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具購入実績 | | |  | | | | | | | | | | 給付制限状況 | | | | | | | 無　・　有 | | | | | |
| 要介護状態区分等 | | | 令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日（　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 購　入　品　目 | | |  | | | | 購入金額合計 | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | |
| 決　　定　　日 | | | 令和　　年　　　月　　　日 | | | | 支給金額 | | | | 円 | | | | | | | | | | | | | | |

□　領収書　　　　□　パンフレット