**介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書**

**兼　福　祉　用　具　販　売　証　明　書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ被保険者氏名 |  | 保険者番号 |  | 0 | 3 | 2 | 0 | 6 | 0 |
|  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日生 |
| 要介護度 | 要支援１　要支援２　　要介護１　　２　　３　　４　　５ |
| 住　　　所 | 〒電話番号 |
| 福祉用具名（種目名及び商品名） | 製造事業者名及び販売事業者名 | 購入用具金額 | 購入日 |
| （種目名） | （製造事業者名） | 円 | 令和　年　月　日 |
| （商品名） | （販売事業者名） |
| （種目名） | （製造事業者名） | 円 | 令和　年　月　日 |
| （商品名） | （販売事業者名） |
| （種目名） | （製造事業者名） | 円 | 令和　年　月　日 |
| （商品名） | （販売事業者名） |
|  | 購　入　金　額　合　計 | 　　　　　　円 |
| 利用者負担の割合 | 　　　　　　割 |
| 　北上市長　様　上記のとおり、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、当該申請に係る給付費の受領については、下記の受取人に委任します。　令和　　年　　月　　日住所申請者氏名（被保険者） |
| **福　祉　用　具　販　売　証　明　書**令和　　年　　月　　日　北上市長　様住　　所受取人　　　事業所名（販売事業者）代表者職氏名電話番号令和　　年　　月　　日承認番号　　　　により受領委任払いについて承認を受けた介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具について、上記のとおり販売したので証明します。 |

◎裏面の注意事項に留意の上、添付書類を添えて提出してください。

※処理欄（記入不要）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 備考 |  | 受付 |  |

**注意事項**

１　この申請書に次の書類を添付して提出してください。

(1)　被保険者が支払った分の領収書

（※被保険者が被保護世帯の者である場合は、自己負担分に係る請求書）

(2)　販売事業者の受領委任分（保険給付予定額）に係る請求書

２　承認を受けた内容に変更がある場合は、購入する前にあらかじめ受領委任払い承認願書を再度提出し、変更承認の手続きをしてください。