第７号様式（第８関係）　　　　　（表）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |  |  |  | **1** | **3** | **2** | **0** | **8** | **4** |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 大・昭・平　　　　 年 　　月　 　日 | 電話番号 | （　 　） |
| 住所 | 調布市 |
| 購入商品名種目名に丸，TAISｺｰﾄﾞ | 製造事業者名 | 販売事業者名 | 商品ごとの合計購入金額 | 領収年月日 |
| 指定販売店事業者番号 |
| 腰掛便座・入浴補助用具・スロープその他(　　　　　 　　　　　 )TAISｺｰﾄﾞ(　　　 －　　　 　) |  |  | ①円 | 年月 　日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 腰掛便座・入浴補助用具・スロープその他(　　　　　　　　　 )TAISｺｰﾄﾞ(　　　 －　　　 　) |  |  | ②円 | 年月 　日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 腰掛便座・入浴補助用具・スロープその他(　　　　　　　　　 )TAISｺｰﾄﾞ(　　　 －　　　 　) |  |  | ③円 | 年月 　 日 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 購入合計額(①＋②＋③) | 円 | 自己負担額購入金額から保険給付額(１円未満の端数が発生した場合は切捨)を控除した残額 | 円（利用者負担割合: 　　割） |
| 福祉用具が必要な理由・購入用具ごとに記載・スロープ購入時は，設置数場所及び設置数を明記・枠内に記載が困難な場合は，別紙および裏面等に記載してください | 記入者名 　　　　　　　　（１．ケアマネジャー　２．専門相談員） |
| 調布市長　宛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，この申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の受領に関する権限を次の者に委任します。　　年　　月　　日【申請者】　　住　　所 氏　　名　　　　　　　　　　　（署名）　　　　　　　　　　　 　（連絡先） |
| 【受任者】　　登録番号　調福 -所在地事業所名代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

注意　**領収書，購入商品のカタログ(コピー可)**を添付してください。 |

（裏）

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記の口座へ振り込んでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 口座振替依頼欄 | 銀行名 | 支　店　名 | 預金種目 | 口座番号 |
| 銀行・信用金庫農協・信用組合 | 本店支店・出張所 | １　普通２　当座 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |

※調布市記入欄

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 区分 | 保険料納付状況 | 保険対象額 | 本人負担額 | 支給決定額 | 備考 |
| １　一般２　支払方法の変更３　給付額減額 | 未納保険料有　・　無滞納保険料有　・　無 |  |  |  |  |