

介護保険居宅介護(予防)福祉用具購入費支給申請書(受領委任払用)

フリガナ	アガ ハナコ		保険者番号		1	5	3	8	5	8
被保険者氏名	阿賀 花子		被保険者番号		0	0	0	1	2	3
生年月日	大・昭 12年3月4日		個人番号		1	2	3	4	5	6
住所	〒959-4495 阿賀町津川580番地		電話番号 0254-92-5763							
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者名及び 販売事業所名		販売価格		購入日					
入浴補助用具 シャワーチェア(Air)ミドルSP ワンタッチおりたたみ	パナソニック 株式会社 阿賀町 奥阿賀支店 (阿賀町登録番号: 1)		総額を記入 30,000 円		領収書の日付 令和6年4月1日					
腰掛便座 安寿ポータブルトイレFX-CPちびくまく ん補高スペーサー無	アロン化成 株式会社 阿賀町 奥阿賀支店 (阿賀町登録番号: 1)		20,000 円		令和6年4月1日					
	(阿賀町登録番号:)		円							
保険対象残額	支給限度基準額	100,000 円	販売価格の合計金額 B		50,000 円					
介護保険対象額 C	50,000 円	保険給付予定額 D		45,000 円						
介護保険自己負担額(B-D) E	5,000 円									
福祉用具が 必要な理由	個々の用具ごとに記載してください									
<p>阿賀町長 様</p> <p>上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給を申請します。</p> <p>また、この申請により支給される給付費の受領権を下記の者に委任します。</p> <p>令和6年4月1日</p> <p>委任者(申請者) 氏名 阿賀 花子 印</p> <p>事業者(受任者) 所在地 阿賀町津川1234番地</p> <p>販売事業者名称 株式会社 阿賀町</p> <p>代表者職・氏名 代表取締役 ○○ ○○ 印</p> <p>電話番号 0254-92-5678</p>										

※注意

- この申請書に、領収証及び福祉用具のパフレット等を添付してください。
- パフレット等は商品名や品番、製造事業者が分かるようにマーカー等で示してください。
- 「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。