

(御殿場市受領委任払い用)

介護保険居宅介護（介護予防）特定福祉用具販売費支給申請書

フリガナ		保険者番号						2	2	2	1	5	8			
被保険者氏名		被保険者番号	0	0	0											
生年月日	明・大・昭	年		月		日	性別	男	・	女						
住所	〒412- 御殿場市															
方書											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																
保険対象費用額①											円			円		
被保険者負担額② (①× 0.1)											円			円		
保険支給額 (①-②)											円			円		
購入日				年		月		日				年		月		日
福祉用具が 必要な理由																
御殿場市長 様	上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(介護予防)特定福祉用具販売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)特定福祉用具販売費の受領に関する権限については、次の受取人に委任します。 年 月 日 住所 御殿場市															
申請者 (兼受領委任者)	氏名	印	電話番号	-												
受取人の 住所又は 所在地 事業者名 代表者名	〒	住所又は所在地	契約番号													
	氏名又は事業者名	代表者職氏名	電話番号 ()	-												
指定居宅 介護支援 事業者・ 地域包括 支援セン ター 確認欄	上記の申請については、介護保険法第44条又は第56条に規定する特定福祉用具に該当すること及び支給の申請手続きが適正であることを確認します。 住所又は所在地 氏名又は事業者名 居宅介護支援専門員氏名 印															

注意・この申請書に、領収書及び福祉用具のパ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、裏面に記載してください。

※御殿場市記入欄

保険対象額	本人負担額	支給決定額	備考