

様式第7（第10条関係）

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書
（北名古屋市受領委任払い用）

ふりがな			被保険者番号											
被保険者氏名			生年月日	年	月	日	性別	男・女						
住 所	〒													
	電話番号													
特定福祉用具名（種目名及び用品名）														
製造事業者名														
販売事業者名														
① 購入金額			円		円									
② 負担割合					割									
③ 自己負担額（①×②、1円未満切り上げ）			円		円									
④ 支給申請額（①－③）			円		円									
購 入 日			年	月	日	年	月	日						
特定福祉用具が必要な理由														
<p>（あて先）北名古屋市長 上記のとおり関係書類を添えて特定（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 また、本申請に基づく特定（介護予防）福祉用具購入費の支給に関する申請及び受領に関する権限を下記受任者に委任します。 年 月 日 住所</p> <p>申請者 （兼受領委任者）氏名</p> <p>電話番号</p>														
受領受任者	住所 〒		登録番号											
	事業者名													
	代表者名													
振込先					種 目		口座番号							
	銀行・信用金庫・組合		本店・支店・出張所		1 普通預金									
	金融機関コード		店舗コード		2 当座預金									
					3 その他									
	フリガナ													
	口座名義人													
指定居宅介護支援事業者等 確認欄	<p>上記の申請については、介護保険法第8条第13項に規定する特定福祉用具又は介護保険法第8条の2第11項に規定する特定介護予防福祉用具に該当すること及び申請内容が適正であることを確認します。</p> <p>事業者名</p> <p>介護支援専門員氏名</p>													
要綱第3条第3項に規定する例外確認	年 月 日に協議済													
<p>注意事項 特定福祉用具が必要な理由は、品目ごとに記載してください。</p> <p>添付書類 1 特定福祉用具のパフレット等（製造事業者名の記載のあるもの） 2 特定福祉用具購入にかかる自己負担分の領収書</p>														
担当記入欄	<p>介護度 認定期間 ～</p> <p>介護保険料納付状況 未納等 有・無</p> <p>年度中購入状況 無・有（ ）</p>													