様式第３号（第６条第１項関係）

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払い用）

フリガナ 被保険者氏名		保険者番号	2 3 2 1 1 6
生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日	被保険者番号	0 0
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	購入金額	購入日
		円	令和　年　月　日
		円	令和　年　月　日
		円	令和　年　月　日
		円	令和　年　月　日

福祉用具が必要な理由	
指定特定（介護予防）福祉用具販売事業者記入欄	・居宅(介護予防)サービス計画に指定特定(介護予防)福祉用具販売が位置付けられて**（いる ・ いない）**。 ・居宅(介護予防)サービス計画が作成されていない場合、上記の福祉用具が必要な理由を確認しました。 事業者番号 指定特定（介護予防）福祉用具販売事業者 福祉用具専門相談員氏名

豊田市長　様

上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給を申請します。

また、当該申請に係る給付金の受領について下記の事業者に委任します。

令和　　年　　月　　日

住所　（上記住所に同じ）

申請者（被保険者）　氏名

事業者番号

所在地

事業者（受任者）　事業者名

代表者名　　電話番号

介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費を登録口座に振り込んでください。

注意：この申請書の裏面に領収書及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。

：居宅(介護予防)サービス計画に指定特定(介護予防)福祉用具販売が位置付けられている場合は、サービス計画を添付してください。

記入欄	資格	未納状況	減額	差止	負担割合	要支援(　　) 要介護(　　)	給付額	
豊田市	1号 2号	無 有(1年未満・1年半未満・1年半以上)	該当 非該当	無 有	1割 2割 3割	給付実績　有・無		円 円 円 円