第１号様式

船橋市介護保険福祉用具購入費支給申請書（受領委任払い用）

船橋市長　あて　　年　月　日

次のとおり、関係書類を添えて福祉用具購入費の支給を申請します。なお、当該給付費の受領については下記事業者に委任します。

被保険者番号		生年月日	明治・大正・昭和　年　月　日
		電話番号	―　―
フリガナ		住所	〒　―
被保険者氏名 （申請兼委任者）			
福祉用具が 必要な理由		利用者負担割合	１割・２割・３割

種目 （該当するものに○）	商品名（上段） 製造会社名（中段） 購入年月日（下段）	[A]販売金額（上段） [B]保険給付額（中段　小数点以下切捨） [C]自己負担額（下段　[A]-[B]）
１.腰掛便座		円
２.自動排泄処理装置の交換可能部品		円
	年　月　日	円
３.排泄予測支援機器		円
４.入浴補助用具		円
	年　月　日	円
５.簡易浴槽		円
６.リフトつり具		円
７.複合機能用具		円
	年　月　日	円

事業者 （受任者） 同意欄	受領委任払い制度の利用について同意します。つきましては下記口座へ振り込みをお願いします。 福祉用具販売計画作成の有無　有　無 事業所番号 〒　― 事業者住所 事業者名 代表者名　電話番号　―　―			
口座振込 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農協	本店 支店 出張所	口座番号	
	金融機関コード	支店番号	普通・当座・貯蓄	
	フリガナ			
	口座名義人			

※この申請書の他に、被保険者名義の領収証原本と福祉用具のカタログを添付してください。

市職員記入欄	受付	受付者	領収書	カタログ
	担当	要介護度	負担割合	送付先
				有・無

支給決定額

2022/4/1