様式第２０号の４(第２３条の２第４項関係)

**介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書**

**（受領委任払い用）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **フリガナ** |  | **保険者番号** |  | **2** | **5** | **2** | **0** | **6** | **4** |
| **被保険者氏名** |  | **被保険者番号** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **個人番号** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **生年月日** | **年　　　月　　　日生** |
| **住所** | **〒****電話番号** | **要介護度** |  |
| **介護認定期間** |  **年 月 日～** **年 月 日** |
| **福祉用具名****（種目名および商品名）** | **製造事業者名および販売事業者名** | **購 入金 額****（ 支 給 申 請 額 ）** | **購入日** |
|  |  | **円****（ 円 ）** | **年　　月　　日** |
|  |  | **円****（ 円 ）** | **年　　月　　日** |
|  |  | **円（ 円 ）** | **年　　月　　日** |
|  | **購入金額の合計** | **円** |  |
| **支給申請額の合計** |  **円** |  |
| **草津市長　　宛****上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費支給を申請します。****年　　　月　　　日****申請者　　住所****氏名　　　　　　　　　　　　　電話番号****(事業所名)****被保険者との続柄** |
| **注意**・支給申請額は合計金額の９割または８割の金額を記入して下さい。なお、金額に端数が出た場合は切り捨てて下さい。・この申請書に、請求書（本人負担額分）、領収書（本人負担額分、原本確認必須・写し可）を添付して下さい。 |