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。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |