様式第７号（第８条関係）

龍ケ崎市介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費受領委任払支給申請書兼請求書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 　 | 保険者番号 | 　 |
| 被保険者氏名 | 　 | 被保険者番号 | 　 |
| 個人番号 | 　 |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 | 性別 | 男　・　女 |
| 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 | 　 |
| 保険対象費用額　① | 円 |
| 利用者負担額　②　（①×利用者負担割合）　※１円未満切り上げ | 円 |
| 支給申請額　（①－②） | 円 |
| 購入日 | 年　　　月　　　日 |
| 龍ケ崎市長　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、この申請に基づく居宅介護（介護予防）福祉用具購入費の支給申請書の提出及び介護保険給付額の受領に関する権限については、次の受取人に委任します。　　　　　　　年　　月　　日　　　申請者　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（兼受領委任者）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号氏名　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 受取人 | 〒 | 登録番号 |  |
| 住所事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号代表者名　　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 金融機関 | 銀行・信用金庫・信用組合　　　　　　　　　　　　　　　　 本店・支店・出張所 |
| 口座番号 | 　 | 区分 | 普通　・　当座 |
| フリガナ口座名義人 | 　 |

※龍ケ崎市記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険対象額 | 利用者負担額 | 支給決定額 | 備考 |
| 　 | 　 | 　 | 　 |

注意

１　この申請書には、領収証を添付してください。

２　保険対象費用額に給付対象外経費が含まれているときは、保険支給額が減額されますのでご注意ください。