|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 保険者番号 | | | | 流山市 | | | | | 1 | 2 | | 2 | 2 | 0 | 0 |
| 被保険者氏名 |  | |
| 被保険者番号 | | | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| 個人番号 | |  |  |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  |
| 生年月日 |  | | | | 要介護度等 | | | |  | | | | | | | | | |
| 認定有効期間 | ～ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名  （種目名及び商品名） | | 特定福祉用具販売事業者指定番号 | | 製造事業者名及び  販売事業者名 | | | | | | 購入金額 | | | | 購入日 | | | | |
|  | |  | |  | | | | | | 円 | | | | 年　月　日 | | | | |
| TAISコード | |
|  | |  | |  | | | | | | 円 | | | | 年　月　日 | | | | |
| TAISコード | |
|  | |  | |  | | | | | | 円 | | | | 年　月　日 | | | | |
| TAISコード | |
| 福祉用具が  必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 流山市長 宛 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記のとおり、関係書類を添えて居宅介護（予防）福祉用具購入費の支給を申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 年 月 日  〒  登録番号（　　　　　　）  所在地  申請者  （受領委任事業所） 事業所名 電話番号  代表者氏名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記の事業所に居宅介護（予防）福祉用具購入費の請求及び受領を委任します。  被保険者氏名  　※被保険者本人の署名または記名押印でお願いします。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |



**介護保険居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払用）**

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

・「福祉用具が必要な理由」については、個々の福祉用具ごとに記載してください。

　・欄内に記載が困難な場合は、裏面に記載してください。