様式第５号（第６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事前申請書

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  | | 保険者番号 |  |
| 被保険者氏名 |  | | 被保険者番号 |  |
| 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 | | |
| 支給申請見込額　（①－②） | | 円 | | |
| 購入予定日 | | 年　　　月　　　日 | | |
| 福祉用具が必要な理由 | |  | | |
| 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。    　　　　　　　年　　月　　日  　　　申請者　　　　　住所  電話番号  　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | |

※龍ケ崎市記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保険対象額 | 利用者負担額 | 支給予定額 | 備考 |
|  |  |  |  |

注意

１　この申請書には、見積書及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。

２　「福祉用具が必要な理由」欄について、欄内に記載が困難なときは、裏面に記載してください。

３　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。