様式第１号（第４条関係）

**松浦市介護保険福祉用具購入費支給申請書（受領委任払い用）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ﾌﾘｶﾞﾅ  被保険者氏名 |  | | | 保険者番号 | | |  | | | | | ４ | ２ | ２ | ０ | ８ | ９ |
|  | | |
| 被保険者番号 | | |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 生　年　月　日 | 年　　　　月　　　　日生 | | | 性　別 | | 男　　　・　　　女 | | | | | | | | | | | |
| 住　　　　　所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護状態区分 | 要支援1　　要支援2　　要介護1　　要介護2　　要介護3　　要介護4　　要介護5 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※１  福祉用具が必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 記入者名  （※１を記入した方の氏名） | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護支援事業者名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具の種目 | | １ 腰掛便座　２ 自動排泄処理装置の交換可能部品　３ 排泄予測支援機器  ４ 入浴補助具　５ 簡易浴槽　６ 移動用リフトのつり具  ７ スロープ　８ 歩行器　９ 歩行補助つえ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具名  （種目番号及び商品名） | | 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 | | | | | | | |
|  | |  | | | 円 | | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | |
|  | |  | | | 円 | | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | |
| 松浦市長　様  松浦市介護保険福祉用具購入費受領委任払いによる支給実施要綱に基づき、介護保険福祉用具購入費の支給を申請します。  　　　　年　　　　月　　　　日  　　　　　 住 所  申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　 氏 名 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

様式第2号(第4条関係)

|  |
| --- |
| 松浦市介護保険福祉用具購入費受領委任払いに係る委任状  【委任者】  住所  申請者　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  電話番号  　　　松浦市介護保険福祉用具購入費受領委任払いによる支給実施要綱に基づき、介護保険福祉用具購入費を受領する権限を、下記の者に委任します。  記  【受任者】  所在地  事業者名称  代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　　印  電話番号  　　　　　年　　　月　　　日  　　松浦市長　　様 |