

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)



フリガナ												個人番号											
被保険者氏名												被保険者番号											
生年月日	明・大・昭	年	月	日	介護度	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5									
提出(代行)者	〒 住所 氏名											電話番号											
指定事業者名 (販売店)												事業者番号											
福祉用具名 (種目及び商品名)				製造事業者名				購入金額 (税込)				購入日											
種目 品名								円				年 月 日											
種目 品名								円				年 月 日											
種目 品名								円				年 月 日											
合計								円															
購入が必要な理由(用具ごとに記載ください。)																							
欄が不足の場合は、裏面の余白に記入してください。																							
豊島区長 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 住所 申請者 氏名 (印) 電話番号																							
受領委任払い取扱 事業所登録番号				-	1																		
事業者名・所在地																							
代表者氏名																							
支払額																							
自己負担額																							
差引支給額																							
備考																							
受付					入力					確認													

ご注意 *太線内を記入し、欄外に捨印も押してください。

- ※ この申請書に、請求書(区所定様式)、委任状(区所定様式)、領収書(利用者氏名・品名・領収金額・領収日・複数品の場合はその内訳を記載・レシートは不可)、購入した福祉用具のパフレット(購入品の価格が記載されているもの・特注すの場合は設置後の写真、平面図も必要)、販売価格のわかるもの(納品書・見積書等)を添付してください。
- ※ 福祉用具購入費に対する保険給付は種目ごとに原則1回のみです。身体状況の変化や福祉用具の破損・故障等により同一種目の再給付を希望する場合は、破損用具の破棄や新規購入前に必ず介護保険課へご相談ください。
- ※ 保険料の滞納により給付制限を受けている場合は、受領委任払いはご利用いただけません。

別記第6号様式(第8条関係)

《区処理欄》						
来庁者	番号確認	身元確認				
□ 本人	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> 持参せず(※) <input type="checkbox"/> 記入なし	1 点 確 認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳(愛の手帳) <input type="checkbox"/> 旅券(パスポート) <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書(交付年月日が平成24年4月1日以降のものに限る) <input type="checkbox"/> その他(証明書の名称: _____)			
		2 点 確 認	<input type="checkbox"/> 国民健康保険証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 共済組合組合員証 <input type="checkbox"/> 船員保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 私立学校教職員共済制度の加入者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他(証明書の名称: _____)			
□ 法定代理人	代理権の確認書類	代理人の身元確認		本人の番号確認		
	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	1 点 確 認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券(パスポート) <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書(交付年月日が平成24年4月1日以降のものに限る) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳(愛の手帳) <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> その他(証明書の名称: _____)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> 持参せず(※) <input type="checkbox"/> 記入なし		
□ 任意代理人	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 本人の介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 (_____)	2 点 確 認	<input type="checkbox"/> 国民健康保険証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 共済組合組合員証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 船員保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 私立学校教職員共済制度の加入者証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他(証明書の名称: _____)			
※番号確認の資料を持参しなかった場合の確認方法 <input type="checkbox"/> 地方公共団体情報システム機構への確認 <input type="checkbox"/> 住民基本台帳の確認 <input type="checkbox"/> 過去に本人確認の上作成した当該特定個人情報ファイルの確認 <input type="checkbox"/> 職員が個人番号記入欄に補正または訂正						
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">個人番号確認者</td> <td style="width: 80%;"></td> </tr> </table>					個人番号確認者	
個人番号確認者						
〈その他で2点確認を行う際の疎明資料(例示)〉 ・介護保険課の発行した証明書 ・豊島区の外課が発行した証明書 ・公共料金証明書(3か月以内)						