

様式第1号 (第4条関係)

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)

フリガナ		保険者番号		1	1	3	2	6	6
被保険者氏名		被保険者番号							
生年月日	明・大・昭	年月日							
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・ 販売事業者名及び事業者番号	購入金額	購入日 ※2						
種目名	製造事業者名	円	令和 年 月 日						
商品名	販売事業者名								
種目名	製造事業者名	円	令和 年 月 日						
商品名	販売事業者名								
種目名	製造事業者名	円	令和 年 月 日						
商品名	販売事業者名								
福祉用具が 必要な理由 ※3	毛呂山町長 あて 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。 令和 年 月 日 住所 申請者 電話番号 (被保険者) 氏名								

注意 1 この申請書に、購入費用確認書 (様式第2号)、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付してください。
 2 購入日が領収証の日付と異なる場合は、契約書等の契約日が確認できる書類を添付してください。
 3 「福祉用具が必要な理由」については、個々の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。なお、特定福祉用具販売計画を添付した場合は、省略可とします。

委任状		令和 年 月 日							
毛呂山町長 あて									
私は、次の者に、上記の居宅介護 (介護予防) 福祉用具購入費の受領を委任します。									
申請者 (被保険者)	住所 氏名	印							
受任者 (事業者)	所在地 名称 代表者氏名	印 電話番号							
確認者 (ケアマネ)	事業所 氏名	印 ※担当ケアマネジャーがいる場合のみ記入							
口座振替 依頼欄	金融機関	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 農協			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所				
	金融機関 コード				-				
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 ()		口座番号					
	フリガナ								
	口座名義人								