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 | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 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　状毛呂山町長　あて　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　年　　月　　日　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　　　住所(被保険者)　　 　氏名　　　　　　　　　　　　　 印 受 任 者　　　所在地(事 業 者)　　 　名称　　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　印　　電話番号 確 認 者　　　事業所(ケアマネ)　　　 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 |  | [ ] 銀　　行[ ] 信用金庫[ ] 農　　協 |  | [ ] 本　店[ ] 支　店[ ] 出張所 |
| 金融機関コード |  |  |  |  | － |  |  |  |
| 預金種別 | [ ] 普　通　[ ] 当　座[ ] その他（　　　　） | 口座番号 |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  |
| 口座名義人 |  |