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 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |