様式第3号(第6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 | | | | | | | | 3 | 9 | 4 | 2 | 8 | 8 |
| 被保険者氏名 |  | | 被保険者番号 | |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日生 | | | 性別 | | | | | | 男　・　女 | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| 購入金額合計 | 円 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 自己負担額 | （　１割　・　２割　・　３割　）　　　　　　　 円 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 福祉用具が必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 黒潮町長　　　　様  　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。  　また、当該申請に基づく給付費の請求権及び受領権を下記の事業者に委任します。  　　　　　年　　　月　　　日  　申請者　　住所  　(委任者)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　　氏名  　　　　　　(氏名は、自署又は記名押印により記入してください。) | | | | | | | | | | | | | | | | |

注意・この申請書に、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。

　　・「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。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 上記の被保険者に係る当該申請に基づく給付費の委任事項を受任することに同意し、当該被保険者の居宅介護(介護予防)福祉用具購入の代金として受領することを承諾します。  　上記の居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の支給決定後は、上記の委任に基づき給付費の請求をしますので、下記の口座に振り込んでください。  　事業者　住所  　(受任者)　事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　　　　　代表者名  　　　　　(代表者名は、自署又は記名押印により記入してください。) | | | | | | | | | | | | | | | |
| 口座振替依頼欄 | 銀行  信用金庫  農協  漁協 | | | | 本店  支店  支所  出張所 | | | 種目 | 口座番号 | | | | | | |
| 1普通預金  2当座預金  3その他 |  |  |  |  |  |  |  |
| 金融機関コード | | | | 店舗コード | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | |
| 口座名義人 | | | |  | | | | | | | | | | |