

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	014605
被保険者氏名		被保険者番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
住所	〒		
種類 商品名 製造事業者等	購入日	令和 年 月 日	
	購入費用 ①	円	
	自己負担額 ②	円	
	給付額 ① - ②	円	

上 富 良 野 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、本申請に係る福祉用具購入費給付金の受領に関する権限を下欄の事業者に委任します。

申請者	氏名	㊦	本人との関係		申請日	令和 年 月 日
	住所				電話番号	

上記被保険者の本申請に係る給付費の受領権限を受任することに同意します。なお、給付費の支給にあたっては、介護保険住宅改修費等委任払取扱事業者登録名簿に記載の口座へ振り込み願います。

受領受任者 (事業者)	住所	〒				
	名称 (代表者名)	㊦ (電話番号)				

<添付書類>

- (1) 当該申請に係る特定福祉用具が必要である理由書
- (2) 購入の内容が確認できる見積書類等
- (3) 購入した福祉用具の詳細が確認できるパンフレット等
- (4) 受託事業者の受領委任払いに係る請求書
- (5) 領収書(被保険者から販売事業者への支払いが確認できるもの)

※町記入欄 (記入しないでください)

申請年月日	年 月 日	保険料納付状況		添付書類 確認欄	領収書 確認欄	承認の 可否	備 考
審査年月日	年 月 日	未納保険料	有・無			可・否	
決定年月日	年 月 日	滞納保険料	有・無				