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)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | フリガナ | 　 | 保険者番号 | 314013 |
| 氏名 | 　 | 被保険者番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
| 生年月日 | 　　　　　　　　　年　　月　　日 | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 〒 |
| 福祉用具名(種目及び商品名) | 製造事業所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 |
| 購入金額総額　　　　　　　円 |
| 給付対象額　　　　　　　円　(申請者負担額　　　　円　※対象額の　割) |
| 請求額　　　　　　　円 |
| 福祉用具が必要な理由 | 　 |
| 日南町長　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、該当申請に基づく給付費の受領に関する権限を下記の事業者へ委任します。なお、この申請に関する決定通知の内容について、下記事業者に通知することに同意します。　　　　　年　　月　　日　申請者(委任者)　　　住所電話番号(　　　　)　　―　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　印 |
| 上記申請者(委任者)の居宅介護(介護予防)福祉用具購入費に関する上記権限について同意します。　　　　　年　　月　　日　事業者(受領者)　所在地　名称　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号(　　　　)　　―　代表者氏名　　　　　　　　　　印 |

　　居宅介護(介護予防)福祉用具購入費を下記の口座に振り込んでください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 受領委任払口座振込先 | 銀行信用金庫農協 | 本店支店 | 種目 | 口座番号 |
| 1　普通2　当座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 | 　 |

　　※この申請書の裏面に、領収書(申請者負担分)及び福祉用具のパンフレット等を添付すること。