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)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ  被保険者氏名 | |  | | 保険者番号 | |  | | | | | 2 | 3 | 4 | 2 | 7 | 8 |
|  | | 被保険者番号 | |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | |  | | 性別 | |  | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 福祉用具が  必要な理由 |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 飛島村長　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。  　　私の上記申請に基づく給付費の受領に関する権限を、下記事業者へ委任します。  　　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者・委任者(被保険者) | 氏名　　　　　　　　　　印　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記申請者の居宅介護(介護予防)福祉用具購入費の受領について同意します。  　　年　　月　　日  　受領者　　所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号  　(事業者)　名称  　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | | | | | |

　　　　　注意：この申請書の裏面に、領収証及び福祉用具のパンフレット等を添付して下さい。

　　　　　　　：「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下さい。欄内に記載が困難な場合は、別紙に記載して下さい。

　　　　　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 | 農業協同組合  銀行  信用金庫  信用組合 | | | | 本店  支店  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 | |  | | | | | | | | | | | | |