

介護保険居宅介護(介護予防)福祉用具購入費支給申請(受領委任)

保険者名 厚沢部町

フリガナ			保険者番号			0	1	3	6	3	1
被保険者氏名			被保険者番号								
性別	男・女		個人番号								
生年月日	明・大・昭 年 月 日生										
住所	〒		電話番号								
福祉用具名 (種目名及び商品名)	製造事業者及び 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						
購入額計 (消費税込)		円									
福祉用具が 必要な理由											
厚沢部町長 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。 なお、下記の事業者に当該保険給付費の受領を委任し、当該申請に係る支給決定通知書の写しを 通知することに同意します。また、事業者との間で異議等が生じた場合は、双方で責任をもって解 決します。											
年 月 日											
住所											
申請者 氏名											
電話番号 () -											

注意・この申請書の裏面に、領収書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、裏面に
記載して下さい。

上記委任を受諾しましたので、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。

事業者	〒						
	住所						
	名称						
	代表者名						
	☎ 電話番号						
口座振替 依頼欄	銀行 信用金庫 信用組合 農業協同組合		本店 支店 出張所		種目	口座番号	
	金融機関コード		店舗コード		1 普通預金		
					2 当座預金		
					3 その他		
	フリガナ 口座名義人						

市(町村)記入欄

要介護度	保険料納付状況	添付書類 確認欄	申請回数	回目
・要支援1 ・要支援2 ・経過的要介護 ・要介護1 ・要介護2 ・要介護3 ・要介護4 ・要介護5	未納保険料 有・無	1 領収書 2 確認書 ・内訳書 ・パンフレット	支給可能額 A	円
	滞納保険料 有・無		今回本人購入済額	円
			今回支給額 B	円
			残額(次回支給可能額) A - B	円