様式第３

介護保険　居宅介護（支援）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 | | ４ | | ５ | | ０ | |
|  | |
| 個人番号 | | |  |  | |  | |  | |  | | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |
| 被保険者番号 | | |  | |  | |  | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |
| 生年月日 | | 大 ･ 昭　　　年　　月　　日生 | | 性　別 | | 男　　　・　　　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | | **〒**  南知多町大字  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 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請日　　 　年　　　月　　　日  南知多町長　様  　　上記のとおり関係書類を添えて居宅介護（支援）福祉用具購入費の支給を申請します。  　　また、上記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に委任します。  　委任日　 　　　年　　　月　　　日  　　　　　住　　所　南知多町大字  申請者  （委任者）  氏　　名　　　　　　　　　　　　 　住　所氏　名　　　　　　　　印  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記申請者に係る福祉用具購入費の受領について同意します。  　　なお、給付費は登録した振込口座に振り込んでください。  受任日　　　 　年　　　月　　　日  所在地  事業者  事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号  （受任者）  代表者名　　　　　　　　　　　　　 　 担当者名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

　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、裏面に記載して下さい。