様式第３号（第４条関係）

介護保険居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書（受領委任払い用）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ） |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名 |  | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 　　　　　 年 　 月 　 日 | 性 　　　 別 | 男 ・ 女 |
|  | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| （種目名及び商品名） |  | 購入(販売)金額【税込】 | 購 入 日 |
| ① |  | 円 | 　　 年 月 日 |
| ② |  | 円 | 　　 年 月 日 |
| ③ |  | 円 | 　　 年 月 日 |
| ④ |  | 円 | 　　 年 月 日 |
| 購入(販売)金額計（Ａ） | 円 |  |
| 支給申請額 | 購入(販売)金額計(Ａ)　　　　　　　円－支払金額計(　　割)　　　　　　　円 ＝　　　　　　　円 |
| 福祉用具が必要な理由（理由は用具ごとに記載すること。欄内に記載できない場合は、別葉に記載し添付してください。① |
| ② |
| ③ |
| ④ |
| 　階 上 町 長 宛て | 申請者（受領委任者） |
| 　上記のとおり関係書類を添えて居宅介護(予防)福祉用具購入費の支給を申請します。　また、当該申請に基づく居宅介護（予防）福祉用具購入費支給申請書及び給付費の受領に関する権限を以下の受取人に委任します。年　　　月　　　日　　住　所　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
|  | 受取人（福祉用具販売業者） |
| 　階上町から支給される被保険者　　　　　　　　　　　　　様にかかる上記申請内容に基づく居宅介護（予防）福祉用具購入費の受領権限については、私が被保険者からの委任を受け、受領することに同意します。　　　　　　代表者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　事業所指定番号（　　　　　　　　　　　　　　　　）　居宅介護（予防）福祉用具購入費を以下の口座に振り込んでください。 |
| 口座振替依 頼 欄 | 　　　　　銀行・信用金庫　　　　　農協・漁協 | 　　　　　　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 |  |
|  |

※ この申請書に添付するもの → ①資格確認証 ②領収書の写し（購入者の支払金額がわかるもの）